

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Tipología de drogodependientes en una comunidad terapéutica
especializada: variables clínicas relevantes para la evaluación del
tratamiento**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Isabel Rivero Ostos

Directores

José Luis Graña Gómez

Natalia Redondo Rodríguez

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***Tipología de drogodependientes en una Comunidad
Terapéutica especializada: Variables clínicas relevantes
para la evaluación del tratamiento***



TESIS DOCTORAL

Autora:

María Isabel Rivero Ostos

Directores:

José Luis Graña Gómez

Natalia Redondo Rodríguez

Madrid, 2015

Agradecimientos

Agradecida a todas aquellas personas que se han cruzado en mi camino, agradecida del aprendizaje, de la calidad de espejos y caricias, apoyos y sonrisas sinceras, gracias por ser conmigo.

Este camino ha sido largo y no exento de momentos difíciles y complicados, todos ellos imprescindibles en mi caminar y aprendizaje continuo. Atrás quedan ya los momentos de abandono y desesperación, perdurando en mí la fuerza y energía que equilibraron la balanza.

Mi agradecimiento a Dr. D. José Luis Graña Gómez, por darme la oportunidad de recorrer este camino, y a tí, Natalia por tu cercanía, apoyo y ánimo constante. Por su puesto, quiero expresar mi más sincero afecto a todos y cada uno de mis compañeros del C.T.D El Alba por su excelente trabajo cada día, y no quisiera olvidarme de todos y cada una de las personas que han realizado el tratamiento en este recurso porque he podido aprender de ellas y con ellas.

Por último, mi agradecimiento más cálido a mi familia y mis seres queridos pues me siento afortunada de contar con ellos en el camino de la vida.

“Las nubes blancas son por sí mismas nubes blancas”

-Alan Watts, 2006-

*A mis padres por darme la vida
y permitirme ser quien soy.
Desde mi alma, gracias.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X

PRIMERA PARTE

Fundamentos teóricos

CAPÍTULO 1: INTRODUCCION.....	3
CAPÍTULO 2: CONCEPTUALIZACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	7
2.1. Droga y su clasificación	7
2.2. Uso, hábito, abuso y dependencia	10
2.3. Tolerancia.....	16
2.4. Intoxicación.....	17
2.5. Síndrome de abstinencia.....	17
2.6 Deseo de consumo o “craving”	18
2.7. Vías de administración	21
2.8. Policonsumo.....	22
2.9. Patología dual.....	23
2.10. Sistemas actuales de clasificación	28
2.10.1. Clasificación Internacional de Enfermedades	28
2.10.2. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales	31
CAPÍTULO 3. EPIDEMIOLOGIA EN DROGODEPENDENCIAS.....	43
3.1. Perspectiva mundial de consumo y tendencias actuales	44
3.2. Epidemiología de drogas en España.....	47
3.2.1. Drogas legales y médicas: alcohol, tabaco e hipnosedantes	49
3.2.2. Drogas ilegales: cannabis, cocaína, estimulantes, heroína y policonsumo.....	58
3.3 Aspectos de interés relativos a las drogas.....	65
3.3.1 Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.....	65
3.3.2. Riesgo y disponibilidad percibida.....	69
3.3.3. Acciones contra las drogas	70
3.4. Estado actual de drogas en la Comunidad de Castilla La Mancha.....	71
CAPÍTULO 4. FUNDAMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	79
4.1. Instrumentos de cribado	81
4.2. Instrumentos de diagnóstico y evaluación de los Trastornos mentales y de la Personalidad comórbidos	84
4.3. Instrumentos de evaluación en el consumo de sustancias.....	95

4.4. Instrumentos de evaluación de los aspectos motivacionales y disposicionales	105
4.5. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida.....	110
CAPÍTULO 5. APROXIMACIÓN A LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	115
5.1. Modelo Transteórico del Cambio	116
5.1.1. Fundamentos del Modelo Transteórico del Cambio	118
5.1.2. Estadios de cambio	121
5.1.3. Procesos de cambio	126
5.1.4. Niveles de cambio	130
5.1.5. Integración de los niveles, etapas y procesos.....	131
5.1.6. Variables implicadas en el proceso de cambio: Balance decisional y expectativas de Autoeficacia	132
5.1.7. Evidencia empírica y aplicabilidad del Modelo Transteórico en drogodependencias	141
5.1.8. Críticas al Modelo Transteórico	145
5.2. Entrevista Motivacional	147
5.2.1. Aspectos generales	148
5.2.2. Principios, trampas y estrategias en la Entrevista Motivacional.....	150
5.2.3. Actuaciones adaptadas a los estadios de cambio	152
5.2.4. Evidencia empírica	153
5.3. Prevención de Recaídas en conductas adictivas	155
5.3.1. Determinantes de la recaída y situaciones de alto riesgo	158
5.3.2. Técnicas de intervención	159
5.3.3. Aproximaciones y efectividad en la intervención en recaídas	161
5.4. Fundamentos psicológicos del tratamiento de los Trastornos por consumo de sustancias	163
5.4.1. Tratamientos psicológicos eficaces en drogodependencias	166
5.4.2. Clasificaciones de tipologías de pacientes en drogodependencias.....	189
5.5. Conclusiones	200
CAPÍTULO 6. CENTRO DE TRATAMIENTO A DROGODEPENDIENTES “EL ALBA”	203
6.1 Marco general de Salud Mental y Drogodependencias en Castilla La Mancha.....	203
6.1.1. Niveles de atención asistencial	203
6.1.2. Coordinación entre Salud mental y Drogodependencias en Castilla la Mancha	205
6.2. C.T.D. El Alba: Transición de una Comunidad Terapéutica tradicional a una Comunidad Terapéutica modificada o especializada en Patología Dual..	207
6.2.1. Desarrollo del programa de tratamiento residencial	214
6.3. Situación actual y futura.....	222

SEGUNDA PARTE

Investigación empírica

CAPÍTULO 7. INTRODUCCIÓN.....	227
CAPÍTULO 8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	229
CAPÍTULO 9. METODO.....	235
9.1. Muestreo.....	235
9.1.1. Selección de la muestra	235
9.1.2. Dispositivos de partida de la población drogodependiente y de acceso al recurso de intervención	241
9.2. Diseño	243
9.3. Protocolo de evaluación	246
9.4. Procedimiento	254
9.5. Análisis de datos	257
CAPÍTULO 10. RESULTADOS	259
10.1. Primer estudio: Análisis de conglomerados.....	259
10.1.1. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en las variables categóricas	259
10.1.2. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en las variables continuas	261
10.2. Segundo estudio: Análisis de perfiles.....	264
10.2.1. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en variables motivacionales medidas en el pre tratamiento.....	264
10.2.2. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en variables psicológicas medidas en el pretratamiento.....	269
10.3. Tercer estudio: Evaluación del programa de tratamiento psicológico en función del tipo de consumidor ...	274
10.3.1. Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor en las variables de gravedad y consumo	274
10.3.2. Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor en las variables motivacionales.....	278
10.3.3 Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor en las variables psicológicas	283
CAPÍTULO 11. DISCUSIÓN.....	291
11.1. Primer estudio: Tipologías como forma de clasificación en base al análisis de conglomerados	291
11.2. Segundo estudio: Análisis de los perfiles de drogodependientes.....	298
11.3. Tercer estudio: Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor	308
11.4. Conclusiones y líneas de investigación futuras	329
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	337
ANEXOS	387
I. Protocolo de Evaluación.....	389
II. Fiabilidad de las Escalas de Evaluación.....	411
III. Protocolo del Centro De Drogodependientes EL ALBA	417

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 3: EPIDEMIOLOGIA EN DROGODEPENDENCIAS	43
Tabla 3.1. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol y edad media en el inicio del consumo en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2013)	50
Tabla 3.2. Prevalencia de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes) (2011).	51
Tabla 3.3. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses, según edad y sexo, en la población de 15-64 años (porcentajes)(1997-2013)	51
Tabla 3.4. Prevalencia de consumo en atracón de bebidas alcohólicas (binge drinking) en los últimos 30 días, según edad y sexo, en la población de 15-64 años (porcentajes) (2011).....	52
Tabla 3.5. Prevalencia de bebedores de riesgo según sexo y edad (porcentajes) en la población de 15-64años (2011)	52
Tabla 3.6. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes)(1997-2011)	54
Tabla 3.7. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco, según edad y sexo, en la población de 15-64años (porcentajes) (1997-2011).....	54
Tabla 3.8. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2011).....	55
Tabla 3.9. Prevalencia de consumo de hipnosedantes (con o sin receta) en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes) (2011)	56
Tabla 3.10. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de hipnosedantes (sin receta) en la población de 15-64años(2003-2011)	57
Tabla 3.11. Prevalencia de consumo de hipnosedantes (sin receta) en los últimos 12 meses en La población de 15-64años, según grupo de edad y sexo (porcentajes)(2011)	57
Tabla 3.12. Evolución de la prevalencia de consumo de cánnabis y edad media de inicio en el consumo de cánnabis en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2013).....	58
Tabla 3.13. Prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad y sexo (porcentajes) (2011).....	59
Tabla 3.14. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de Inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2013)	60
Tabla 3.15. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base y edad media de inicio En el consumo de cocaína en base en la población de 15-64 años (1995-2011).	60
Tabla 3.16 .Prevalencia de consumo de cocaína general (base y/o polvo) en los últimos 12 meses en la población de15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes) (2011).	60
Tabla 3.17. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2013).	61
Tabla 3.18. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2013).....	62

Tabla. 3.19. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los consumidores de al menos una droga en los últimos 12 meses y últimos 30 días (2011).....	62
Tabla 3.20. Prevalencia de policonsumo según sustancia consumida en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (2011)	64
Tabla 3.21. Evolución del número de admisiones a tratamiento (1998-2011)	66
Tabla 3.22. Características de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas (2011).	68
Tabla 3.23. Perspectiva general del uso de drogas de la población de 15 a 64 años en Castilla La Mancha	72
Tabla 3.24. Programas libres de drogas en Castilla La Mancha en 2011	75
 CAPÍTULO 9: METODO.....	235
Tabla 9.1. Años de consumo a lo largo de la vida y días de consumo en el último mes.	241
Tabla 9.2. Porcentajes del recurso de procedencia.	242
 CAPÍTULO 10: RESULTADOS	259
Tabla 10.1. Diferencias en las variables categóricas entre Tipo I y Tipo II.....	260
Tabla 10.2. Diferencias en las variables continuas entre Tipo I y Tipo II.	262
Tabla 10.3. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en la Escala de Evaluación del cambio (URICA).	264
Tabla 10.4. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Inventario de Procesos de cambio.	266
Tabla 10.5. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Balance decisional.	267
Tabla 10.6. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Autoeficacia percibida y el Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas.....	268
Tabla 10.7. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Agresión AQ.	269
Tabla 10.8. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Impulsividad de Barratt.	270
Tabla 10.9. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en la Escala SCL-90R.	271
Tabla 10.10. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en la SCID II.	273
Tabla 10.11. Medias de los grupos de pacientes en el perfil de gravedad, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	275
Tabla 10.12 Medias de los grupos de pacientes en el número de días de consumo en el último mes, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100)	276
Tabla 10.13. Medias de los grupos de pacientes en variables relacionadas con el consumo en el último mes, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).....	277
Tabla 10.14. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de Evaluación del cambio (URICA), resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	279
Tabla 10.15. Medias de los grupos de pacientes en el Inventario de Procesos de cambio, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	280
Tabla 10.16. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Balance decisional, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	282
Tabla 10.17. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Autoeficacia percibida, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	282

Tabla 10.18. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	283
Tabla 10.19. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Impulsividad de Barratt, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	284
Tabla 10.20. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Agresión AQ, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	285
Tabla 10.21. Medias de los grupos de pacientes en la Escala SCL-90R, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	286
Tabla 10.22. Medias de los grupos de pacientes en la SCID II, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).	288

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 2: CONCEPTUALIZACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	7
Figura 2.1. Clasificación de drogas. Kramer y Cameron (1975).....	15
Figura 2.2. Mecanismos por los que se potencia el deseo de consumir drogas	20
Figura 2.3. Vías de administración de la cocaína.....	22
Figura 2.4. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas	29
Figura 2.5. Consumo perjudicial y síndrome de dependencia según la CIE-10.	31
Figura 2.6. Clasificación de los trastornos recogidos en el DSM-V (APA, 2014)	33
Figura 2.7. Comparativa Trastornos mentales DSM-IV-TR y DSM-V	34
Figura 2.8. Comparación de los trastornos por consumo de sustancias DSM-V y DSM-IV-TR.....	35
Figura 2.9. Criterios diagnósticos de la intoxicación de sustancias.	37
Figura 2.10. Criterios diagnósticos de abstinencia de sustancias.	38
Figura 2.11. Diagnóstico según la clase de sustancia.....	39
 CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACION DE LA EVALUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	79
Figura 4.1. Características de un instrumento de evaluación psicométrica	80
Figura 4.2. Preguntas incluidas en el Cuestionario CAGE (1986)	96
 CAPÍTULO 5: APROXIMACIÓN A LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	115
Figura 5.1. Principales elementos del modelo transteórico	117
Figura 5.2. Formulaciones del modelo de Prochaska y Diclemente (1983, 1992)	119
Figura 5.3. Modelo de las etapas de Prochaska y Diclemente	125
Figura 5.4. Procesos de cambio	127
Figura 5.5. Evolución de la actitud terapéutica	148
Figura 5.6. Modelo Cognitivo conductual del proceso de recaídas.....	157
Figura 5.7. Clasificación de los determinantes de la recaída	159
Figura 5.8. Principios para el tratamiento efectivo del NIDA	165
Figura 5.9. Estudios de eficacia en Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.....	168
Figura 5.10. Estudios de eficacia en Manejo de contingencias (MC)	170
Figura 5.11. Estudios de eficacia en Terapia cognitiva (TG)	172
Figura 5.12. Estudios de eficacia en Modelos multicomponentes	174
Figura 5.13. Estudios de eficacia en Comunidades terapéuticas (CT)	177
Figura 5.14. Comparación con otros enfoques terapéuticos.....	180
Figura 5.15. Formato individual vs. Grupal	181
Figura 5.16. Formato duración del tratamiento	183
Figura 5.17. Duración de los efectos.....	184

Figura 5.18. Eficacia en Tratamientos combinados	186
Figura 5.19. Tipología de bebedores según Jellinek	191
Figura 5.20. Comparación de ambas clasificaciones de bebedores	192
 CAPÍTULO 6: CENTRO DE TRATAMIENTO DE DROGODENDIENTES “EL ALBA”	203
Figura 6.1. Red Asistencial en Salud Mental y Drogodependencias.....	208
Figura 6.2. Puerta de entrada al C.T.D. El Alba	212
Figura 6.3. Fases del programa de tratamiento	215
 CAPÍTULO 8: OBJETIVOS GENERALES E HIPÓTESIS.	229
Figura 8.1. Planteamiento general de la investigación	234
 CAPÍTULO 9: METODO	235
Figura 9.1: Variables seleccionadas para la clasificación en grupos de consumidores.	243
Figura 9.2: Variables motivacionales y psicológicas seleccionadas para la diferenciación tipológica de consumidores	244
Figura 9.3. Variables seleccionadas para evaluar la respuesta al programa de tratamiento psicológico aplicado	245
Figura 9.4. Protocolo de evaluación utilizado en los dos momentos de evaluación.	247
Figura 9.5. Resumen de las distintas fases del programa de investigación	254
Figura 9.6. Objetivos generales del programa de intervención grupal de Motivación al Cambio	256

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 9: METODO.....	235
Gráfico 9.1. Porcentaje de participantes en función del sexo.	235
Gráfico 9.2. Porcentaje de participantes en función del nivel de estudios.	236
Gráfico 9.3. Porcentaje de participantes en función de la última ocupación.	236
Gráfico 9.4. Porcentaje de participantes en función de la principal fuente de ingresos en los últimos 30 días.	237
Gráfico 9.5. Porcentaje de participantes en función de su estado civil.	238
Gráfico 9.6. Porcentaje de participantes en función del diagnóstico clínico en el Eje I.	238
Gráfico 9.7. Porcentaje de participantes en función del diagnóstico clínico en el Eje II.	239
Gráfico 9.8. Porcentaje de participantes en función de la sustancia principal.....	240
Gráfico 9.9. Porcentaje de ingresos de los participantes que provienen de los recursos de derivación.....	242
Gráfico 9.10. Último recurso que ha utilizado de forma mayoritaria en el último mes.	242
CAPÍTULO 10: RESULTADOS	259
Gráfico 10.1. Diferencias en puntuaciones Z entre el Tipo I y Tipo II... ..	263
Gráfico 10.2. Perfil en la Escala de Evaluación del cambio (URICA) en el Tipo I y Tipo II.	265
Gráfico 10.3. Perfil en el Inventario de Procesos de cambio en el Tipo I y Tipo II.	266
Gráfico 10.4. Perfil en el Cuestionario de Balance decisional en el Tipo I y Tipo II.	267
Gráfico 10.5. Perfil en el Cuestionario de Autoeficacia percibida y en el Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas en el Tipo I y Tipo II.	268
Gráfico 10.6. Perfil en el Cuestionario de Agresión AQ en el Tipo I y Tipo II.....	270
Gráfico 10.7. Perfil en el Cuestionario de Impulsividad de Barratt en el Tipo I y Tipo II.	271
Gráfico 10.8. Perfil en la en la Escala SCL-90R en el Tipo I y Tipo II.	272
Gráfico 10.9. Perfil en la en la SCID II en el Tipo I y Tipo II.....	273
CAPÍTULO 11: DISCUSIÓN.....	291
Gráfico 11.1. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en el perfil de gravedad para cada grupo.	310
Gráfico 11.2. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en el número de días de consumo en el último mes para cada grupo.	313
Gráfico 11.3. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en las variables relacionadas con el consumo para cada grupo.	314
Gráfico 11.4. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en las Etapas de cambio para cada grupo.....	316
Gráfico 11.5. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en los Procesos de cambio para cada grupo.	318

Gráfico 11.6. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en el Balance decisional para cada grupo.	320
Gráfico 11.7. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en la autoeficacia percibida y deseo de consumo de drogas para cada grupo.	321
Gráfico 11.8. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en Impulsividad para cada grupo.....	323
Gráfico 11.9. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en Agresividad para cada grupo.	324
Gráfico 11.10. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en variables psicopatológicas para cada grupo.....	327
Gráfico 11.11. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en Personalidad para cada grupo	328

RESUMEN

En España, desde la creación del Plan Nacional de Drogas en 1987 se abre un campo de dedicación y esfuerzo común de los responsables políticos y sanitarios por profundizar en la prevención, asistencia e intervención en drogodependencias con el objetivo de ofrecer servicios de calidad y con la disponibilidad de acceso de todos los ciudadanos.

En el campo de la asistencia e intervención, y para garantizar una asistencia integral y de calidad, se implanta en Castilla La Mancha el modelo de Red asistencial de Drogodependencias y Salud mental, unificando ambas redes a partir del año 2000 y a través del Plan de Salud Mental 2000-2004, donde convergen todos los dispositivos y recursos relativos a drogodependencias y salud mental. Dentro de la red asistencial, las comunidades terapéuticas han ido evolucionando y adaptando sus intervenciones hacia los nuevos perfiles de drogodependientes creándose comunidades terapéuticas modificadas o especializadas para hacer frente a los nuevos retos, con formación continuada y especializada de los profesionales con el sentido de dar una mayor calidad al servicio. Más concretamente, en los últimos años también se realizan esfuerzos por ofrecer programas de tratamiento eficaces ajustados a las necesidades de esta población, con evaluación continua de los programas de intervención realizados en estos servicios para seguir hablando de calidad (NIDA, 2009).

En este marco de presentación surge la presente tesis doctoral, que se elabora desde el interés por conocer en profundidad la población de drogodependientes que accede a un recurso de tercer nivel asistencial, como es el Centro de Drogodependientes El Alba, una comunidad terapéutica especializada en patología dual de carácter público que pertenece a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, y que se encuentra integrada dentro de la Red asistencial de Salud Mental y Drogodependencias de Castilla La Mancha, siendo de interés también observar los cambios que se producen en el tratamiento.

Para conocer el perfil específico de drogodependientes que accede al recurso, se realiza un estudio en base a variables sociodemográficas, de gravedad de adicción, motivacionales y psicológicas, y se evalúan los cambios que se dan en las variables estudiadas tras seis meses de tratamiento residencial. El estudio presenta un diseño cuasiexperimental y de corte longitudinal, donde se aplica a la muestra estudiada un programa de intervención estructurado que auna un enfoque cognitivo-conductual y motivacional con formato de aplicación grupal, que se encuentra integrado en el programa general del recurso, y que se evalúa en dos momentos bien diferenciados, al mes y a los seis meses de tratamiento.

Los participantes del estudio (n=100) presentan una proporción de 3:1 de varones con respecto a mujeres (73% vs. 27%), con una media de edad de 38,62 años (*d.t.*=8,06), con

estudios primarios principalmente, más de la mitad presenta un estado civil de soltero, así como más de la mitad han estado activos laboralmente aunque son benefactores de ayudas sociales o desempleo y que acceden al recurso a través de distintos dispositivos de la Red de Salud Mental y Drogas de las distintas provincias de Castilla La Mancha (Unidad de Conductas Adictivas, Unidades de Salud mental y Centros penitenciarios) con una presencia importante de patología dual, distintos trastornos mentales del Eje I y del Eje II (principalmente personalidad del *Cluster B*) junto con Trastornos por consumo de sustancias (alcohol y dependencia mixta o policonsumo) que acceden al recurso después de haber protagonizado historias previas de fracasos de tratamiento, y con una situación de gravedad y cronificación de la adicción.

El interés reciente por clasificar en tipologías los drogodependientes no es nuevo, así como la elaborada por Babor y colaboradores (1992) o la de Cloninger (1987), que realizaron una clasificación bien diferenciada en relación al alcohol, encontrando una dependencia más precoz y con mayor carga genética, clasificación que han seguido otros autores en esta línea con otro tipo de sustancias (Ahmadi, Kampman, Dackis, Sparkman, y Pettinati, 2008; Babor, Dolinsky, Rounsaville y Jaffe, 1988; Ball, Carroll, Babor y Rounsaville, 1995; Ball, Kranzler, Tennen, Poling y Rounsaville, 1998) y al que se han unido autores españoles (Graña, Muñoz y Navas, 2007, 2008; Lopez y Becoña, 2008; Muñoz, Navas, Graña y Martinez, 2006; Pérez Del Río, 2012; Sánchez-Hervás, Tomás, Morales, Del Olmo y Molina, 2002a).

Este estudio se une a ese interés por establecer tipologías en la población drogodependiente que accede a la comunidad terapéutica, obteniendo dos perfiles bien diferenciados de pacientes mediante análisis de conglomerados, en relación a variables sociodemográficas, de consumo y gravedad de la adicción: un grupo denominado Tipo I con un consumo de alcohol a grandes dosis, como sustancia principal, y otro grupo mayoritario, con dependencia mixta o policonsumidor, denominado Tipo II.

El Tipo I, consumidor de alcohol principalmente, de 43 años, con una escolaridad de 8 años, con consumo prematuro de alcohol que actualmente se beneficia de ingresos económicos derivados del empleo o ayudas de la seguridad social. Un consumidor que requiere desintoxicación hospitalaria previa al ingreso, con una percepción importante de malestar psicológico, también problemas médicos y familiares, un grupo que parece presentar una mayor carga genética y cronificación en relación al consumo.

El Tipo II, consumidor que presenta dependencia mixta o polidependencia, de 36 años, con escolaridad de 9 años, con una edad de inicio algo posterior pero que acumula también varios años de consumo en las distintas sustancias y que se beneficia de ingresos económicos derivados de familiares/amigos o fuentes ilegales, que procede principalmente de la Unidad de Conducta Adictiva, de la Unidad de Salud Mental o Centros Penitenciarios. Presentan

importantes consecuencias derivadas del consumo continuado de sustancias entre ellas, el área legal, con situaciones judiciales pendientes o con medidas de internamiento en centro. Son un grupo de consumidores que parece más influenciado por el ambiente y no tanto por la genética, que en pocos años, a gran velocidad, ha acumulado importantes consecuencias adversas fruto del consumo continuado de varias sustancias, encontrándose en una etapa de crisis y petición de ayuda.

Partiendo de las diferencias obtenidas mediante análisis diferencial de ambos perfiles (Tipo I y Tipo II) con respecto a variables sociodemográficas y de consumo, no se encuentra una diferencia tan clara en cuanto a las variables motivacionales y psicológicas estudiadas al inicio de tratamiento. Siguiendo los planteamientos del Modelo Transteórico del cambio (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1994), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los estadios de cambio, encontrando diferencias en la utilización tres procesos diferenciales, en el Tipo I el proceso de *aumento de conciencia* (7,83 vs 6,61, $t_{(98)} = 2,26, p < .05$) y *manejo de contingencias* (9,24 vs 7,93, $t_{(98)} = 2,11, p < .05$), y por contrapartida, el proceso conductual de *reevaluación ambiental* en el Tipo II (10,76 vs. 9,76, $t_{(98)} = 2,26, p < .05$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en balance decisional, expectativas de autoeficacia y deseo de consumo de drogas. Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las variables psicológicas medidas de agresividad (tan sólo en la variable de irascibilidad, superior en el Tipo II [3,22(0,75), $t_{(98)} = -2,12, p < .05$], ni en impulsividad, sintomatología psicopatológica general y trastornos de la personalidad.

En un momento inicial del tratamiento, ambos perfiles de drogodependientes se sitúan en una etapa prematura de cambio, más contemplativa con una tendencia a una baja utilización de procesos de cambio, con baja autoeficacia percibida (alta tentación y baja confianza), con un elevado deseo de consumo, al que se le añade un importante malestar psicológico asociado, lo que es esperable al encontrarse al inicio de tratamiento. No obstante, la decisión de iniciar un tratamiento ya sugiere una predisposición hacia el cambio. Por contra, el hecho de que no presenten diferencias significativas en las variables motivacionales y psicológicas, no implica que la evolución a lo largo del tratamiento sea similar, de hecho, aunque no sean significativas las diferencias entre ambos grupos las puntuaciones son superiores en el Tipo II o policonsumidores en la mayoría de las escalas, lo que refleja una mayor gravedad psicopatológica y mayor urgencia de cambio.

Tras seis meses de tratamiento dentro del recurso residencial y tras participar en el programa de intervención grupal, se analiza la evolución de ambos tipos de perfiles de consumidores, mostrando buenos resultados con cambios estadísticamente significativos en

prácticamente todas las variables medidas para ambos perfiles de drogodependientes con tamaños de efecto mediano-grande superior en el Tipo II con respecto al Tipo I.

Así, con respecto a las variables relativas a la *gravedad de la adicción*, los tamaños de efecto oscilan entre 0,14 hasta 0,86 siendo los más relevantes los tamaños de efecto mediano-grande encontrados en las áreas psicológica ($\eta^2_{parcial}=0,65$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,79$), familiar ($\eta^2_{parcial}=0,72$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,86$) y en alcohol ($\eta^2_{parcial}=0,65$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,53$), y drogas ($\eta^2_{parcial}=0,28$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,84$), para el Tipo I y II respectivamente, siendo los tamaños de efecto superiores para el Tipo II o policonsumidores (exceptuando la variable consumo de alcohol donde se muestra superior en el Tipo I). En cuanto a la variable *días de consumo en el último mes* los tamaños del efecto son menores pero significativos, y oscilan entre 0,1 y 0,20, obteniendo un mayor efecto el Tipo II en la variable alcohol ($F_{(1,97)} = 21,37$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,18$), cocaína ($F_{(1,97)} = 22,73$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,19$), y cannabis ($F_{(1,97)} = 24,63$, $p<.00$, $\eta^2_{parcial}=0,20$). En la variable relativa al *gasto económico en alcohol y drogas en el último mes*, los tamaños son medianos ($F_{(1,97)} = 42,30$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,30$) para el alcohol en el Tipo I y ($F_{(1,97)} = 52,83$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,35$) para el Tipo II en drogas. En la variable *días con problemas en el último mes* el tamaño de efecto es mediano para Tipo I en el alcohol ($F_{(1,97)} = 94,80$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,49$) y grande para el Tipo II en drogas ($F_{(1,97)} = 208,36$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,68$).

En cuanto a las variables motivacionales, en concreto, en las etapas de cambio, las reducciones en las puntuaciones del estadio de precontemplación son estadísticamente significativas encontrando un tamaño de efecto para ambos grupos, siendo superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial}=0,14$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,21$), así como en la etapa de mantenimiento ($\eta^2_{parcial}=0,08$). En los procesos de cambio, agrupándolos en procesos cognitivos y conductuales, los procesos conductuales son los que arrojan un tamaño de efecto pequeño pero significativo para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 17,04$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,15$) y mediano para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 39,82$, $p<.001$, $\eta^2_{parcial}=0,29$) utilizando en mayor medida los procesos conductuales de contracondicionamiento, control estimular, manejo de contingencias, relieve dramático y relaciones de ayuda. La mayor diferencia en la utilización de procesos entre ambos grupos es en contracondicionamiento ($\eta^2_{parcial}=0,28$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,50$) presentan ambos grupos una mayor autoeficacia ($\eta^2_{parcial}=0,42$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,72$) y menor deseo de consumo ($\eta^2_{parcial}=0,46$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,65$), con tamaños de efecto de nuevo superiores en el Tipo II. Avanzar en el proceso de cambio supone avanzar en las etapas así como una mayor utilización de los procesos conductuales lo que apoyan otros estudios (Fava, Velicer y Prochaska, 1995; Freyer et al., 2006; Hoepfner et al., 2006; Sánchez-Hervás, Tomás, Molina, Del Olmo y Morales, 2002b), así como mayor autoeficacia y menores deseos de consumo (Diclemente, Prochaska y Gibertini, 1985; Pérez Del Río, 2012; Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990).

En las variables psicológicas los cambios son estadísticamente significativos en todas las subescalas, con un tamaño de efecto mediano-grande en la subescala *impulsividad total* ($\eta^2_{parcial}=0,31$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,57$) y también en agresión, destacando la subescala *agresión física* ($\eta^2_{parcial}=0,26$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,44$), y de *hostilidad* ($\eta^2_{parcial}=0,23$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,49$) para el Tipo I y Tipo II respectivamente. Para las subescalas que miden variables psicopatológicas (SCL-90-R), el *Índice General de Síntomas* arroja un tamaño de efecto mediano para el Tipo I y grande para el Tipo II ($\eta^2_{parcial}=0,25$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,54$). Por último, en las variables de personalidad (SCID-II), las reducciones son estadísticamente significativas en todas las subescalas, destacando un tamaño de efecto mayor en la subescala *Paranoide* ($\eta^2_{parcial}=0,36$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,54$) para ambos Tipos I y II respectivamente, volviendo a la superioridad en los resultados para el Tipo II en todas las subescalas, excepto para la subescala *Depresión* para el Tipo I donde no se encuentran cambios estadísticamente significativos.

De los datos analizados se puede concluir, que aunque ambos grupos se benefician del programa de intervención realizado, el Tipo II, parece beneficiarse más ampliamente que el Tipo I. Nos encontramos ante un tipo de consumidor (Tipo II o policonsumidor) menos precoz, consumidor de múltiples sustancias con mayor influencia ambiental que toma la iniciativa de realizar un tratamiento residencial por encontrarse en una situación de crisis y gravedad importante, lo que puede indicar una mayor predisposición y motivación hacia el cambio (bien sea interna o externa), así como un interés por su recuperación a nivel personal y cambio de estilo de vida, en contraste con el otro grupo (Tipo I o alcohólico), más precoz y con mayor carga genética, con una historia larga, cronificada y fracasos reiterados que le predisponen a una menor capacidad o disposición para el cambio, lo que nos lleva a plantearnos reflexionar acerca del perfil Tipo I y del tratamiento que reciben, en el sentido de dirigirnos hacia resultados igualmente favorables en este grupo, quizá la dirección sería el diseño de abordajes de intervención más intensivos para estas personas, con una atención más adaptada e individualizada y un seguimiento más exhaustivo que puedan proporcionar una asistencia e intervención más óptima de la ofrecida hasta ahora, objetivo que se pondrá en marcha de aquí a un futuro.

Por último añadir, que aunque inicialmente la impresión sea que el Tipo I (policonsumidor) pudiera tener una peor evolución dentro del tratamiento por sus múltiples circunstancias asociadas intuyendo una mayor gravedad y peor pronóstico, lo cierto es que parece beneficiarse en mayor medida que el Tipo I (alcohólico). Quizá el que se encuentre en una situación de menor cronicidad aunque mayor gravedad o crisis actual (consumo de múltiples sustancias, psicopatología comórbida, cumplimiento de medida judicial en centro, etc.), le predisponga a una mayor motivación hacia el tratamiento obteniendo mejores

resultados, por lo que es importante no subestimar la disposición al cambio de este tipo de consumidor de sustancias que acceden a los recursos de drogodependencias.

SUMMARY

In Spain, since the creation of the National Drug Plan in 1987 opens a field of dedication and common effort of policy and health makers for deepening the prevention, assistance and intervention in drug addiction with the aim of providing quality services and the access availability for all citizens.

In the field of assistance and intervention, and to ensure comprehensive and quality care, healthcare Network model of Drug addiction and mental Health is implanted in Castilla La Mancha, unifying both networks from 2000 and through the Mental Health Plan 2000-2004, which converge all devices and resources relating to substance abuse and mental health. Within the healthcare network, the therapeutic communities have evolved and adapted their interventions to new profiles of drug addicts creating therapeutic communities modified or specialized in dealing with new challenges, with continuing formation and specialization professionals in the sense of giving a higher quality service. More concretely, in recent years, efforts are also made to offer treatment adjusted effective programs to the needs of this population, with continuous evaluation of programs of performed intervention in these services to keep talking of quality (NIDA, 2009).

In this context presentation this doctoral thesis arises, which it is made from the interest to know in depth the population of drug addicts accessing a resource of health care third level, such as the Center for Drug Addicts *C.T.D. El Alba*, a specialized therapeutic community in dual pathology of public character which belongs to the Ministry of Health and Social Affairs, and is integrated within the Healthcare network of Mental Health of Drug Addiction of Castilla La Mancha, also being of interest observing changes that occur in the treatment.

For knowing the specific profile of drug addicts accessing the resource, a study is done based on socio-demographic variables, of addiction severity, motivational and psychological variables, and changes are evaluated that occur in the studied variables after six months of residential treatment. The study has a quasi-experimental and longitudinal design, where it is

applied to the sample a structured intervention program, which combines a cognitive-behavioral and motivational approach with a application group format, which is integrated in the general program of therapeutic community, and which is evaluated in two distinct moments, a month and for six months of treatment.

Study participants (n=100) have a ratio of 3: 1 of men over women, with an average age of 38.62 years (*d.t.*=8.06), mainly with primary studies, more than half are single, and more than half has been active occupationally although it is social welfare aid or unemployment and accessing the resource through various devices of the Mental Health Network and Drugs of the different provinces of Castilla La Mancha (Addictive Behavior Unit, Units of Mental Health and Prisons) with a significant presence of dual diagnosis, various mental disorders of Axis I and of Axis II (mainly Cluster B personality) along with substance use Disorders (alcohol and mixed dependence or polydrug use) accessing the resource after starring previous histories of treatment failures, and with a serious situation and chronicity of addiction.

The recent interest for classifying the drug addicts into types is not new, as well as that developed by Babor and col. (1992) or Cloninger (1987), who made a distinct classification with respect to the alcohol, finding an earlier dependence and with greater genetic load, classification which is followed by other authors in this line with other substances (Ahmadi, Kampman, Dackis, Sparkman & Pettinati, 2008; Ball, Carroll, Babor & Rounsaville 1995; Ball, Kranzler, Tennen, Poling & Rounsaville, 1998; Babor, Dolinsky, Rounsaville & Jaffe, 1988) and to which Spanish investigators have joined (Echeburúa, Bravo de Median & Aizpiri, 2008, 2009; Graña, Muñoz & Navas, 2007, 2008; Lopez & Becoña, 2006, 2008; Muñoz, Navas, Graña & Martinez, 2006; Pérez Del Río, 2012; Sánchez-Hervás, Tomás, Morales, Del Olmo & Molina, 2002a).

This study joins the interest in establishing types of drug dependent population that accesses the therapeutic community, obtaining two distinct profiles of patients using cluster analysis, in relation to sociodemographic variables, consumption and addiction severity: a group called Type I with a with alcohol in large doses, as main substance, and a majority group, with mixed dependency or polydrug user, or Type II.

Type I, mainly alcohol consumer, 43 years old, with eight years of schooling, with early alcohol consumption, which currently benefits from economic incomes derived from employment or social security aid. A consumer who requires prior inpatient detoxification before ingress and with a perception of significant psychological distress, major medical and family problems, too, a group that seems to have a higher genetic load and chronicity in relation to substance abuse.

Type II, consumer who presents mixed dependence or polydrug user, 36 years old, with nine years of schooling, with an age of onset somewhat later but also accumulates several years of consumption in different substances and which benefits from incomes derived of family/friends or mainly illegal sources, coming from the Addictive Behavior Unit, Unit Mental Health or prisons. They present important consequences arising from the continued use of substances between each other, the legal area, with outstanding court situations or with measures of internment center. They are a group of consumers which seems more influenced by the environment and not so much by genetics, that in a few years, at high speed, have accumulated significant adverse consequences fruit of continuous consumption of various substances, being in a stage of crisis and request for help.

Based on the differences obtained by differential analysis of both profiles (Type I and Type II) with respect to sociodemographic variables and consumption, there are not such clear differences as regarding to the motivational variables and psychological studied at the beginning of treatment. Following the approach of the Transtheoretical Model of Change (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1994), there are no statistically significant differences in the stages of change, finding differences in the use three differential processes, in the Type I the process of *consciousness raising* (7.83 vs. 6.61, $t_{(98)} = 2.26$, $p < .05$) y *contingency management* (9.24 vs 7.93, $t_{(98)} = 2.11$, $p < .05$), and by contrast, the behavioral process of *environmental reevaluation* (10.76 vs. 9.76, $t_{(98)} = 2.26$, $p < .05$). in the Type II. No statistically significant differences were found in decisional balance, self-efficacy expectations and desire to drug use. Also no statistically significant differences were found in the variables of psychological measures of

aggressiveness, only in the variable of irascibility higher in Type II [3.22(0.75), $t_{(98)}=2.12$, $p<.05$], no statistically significant differences in impulsivity, general psychopathological symptomatology and personality disorders.

In an initial stage of treatment, both profiles of drug addicts are at an early stage of change, more contemplative with a trend toward lower utilization of processes of change, with low self-efficacy (high temptation and low confidence), with a high desire for consumption, to which is added an important associated psychological distress, what is expected to be the start of treatment. However, the decision to start a treatment already comes up with a prearrangement to change. In contrast, the fact that they do not present significant differences in motivational and psychological variables, does not imply that evolution along the treatment is similar, in fact, although the differences are not significant between the two groups the rates are higher in Type II (polydrug abusers) in most scales, reflecting higher psychopathological severity and greater urgency for change.

After six months of treatment in the residential resort and after participating in the group intervention program, the evolution of both types of consumer profiles is analyzed, showing good results with statistically significant changes in almost all measured variables for both profiles of drug addicts with medium-large higher effect sizes in the Type II than comparing with Type I.

Thus, with respect to the variables related to the *severity of the addiction*, the effect sizes range from 0.14 to 0.86 being the most relevant effect sizes medium to large found in the psychological areas ($\eta^2_{parcial}=0.65$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.79$), family ($\eta^2_{parcial}=0.72$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.86$), in alcohol ($\eta^2_{parcial}=0.65$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.53$), and drugs ($\eta^2_{parcial}=0.28$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.84$), for Type I and II respectively, having higher effect sizes for the Type II comparing with Type I (except the variable consume of alcohol which shows more in Type I). As for the variable *days of consumption in the last month* the effect sizes are smaller but significant, and range from 0.1 to 0.20, obtaining a greater effect on Type II in the variable alcohol ($F_{(1,97)} = 21.37$, $p<.001$,

$\eta^2_{parcial}=0.18$), cocaine ($F_{(1,97)} = 22.73, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.19$), and cannabis ($F_{(1,97)} = 24.63, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.20$). In the variable relative to *economic spending on alcohol and drugs in the past month*, the sizes are medium for alcohol in the Type I ($F_{(1,97)}=42.30, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.30$) and for the Type II in drugs ($F_{(1,97)} = 52.83, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.35$). In the variable *troubled days in the last month* the effect size is medium for Type I in the alcohol ($F_{(1,97)}=94.80, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.49$), and big for the Type II in drugs ($F_{(1,97)} = 208.36, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.68$).

As motivational variables, in specific, in the stages of change, the reductions in the ratings of the stage of precontemplation are statistically significant founding an important effect size for both profiles, being higher in the Type II ($\eta^2_{parcial}=0.14$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.21$), like in the maintenance stage ($\eta^2_{parcial}=0.08$). In the processes of change, grouping them into cognitive and behavioral processes, behavioral processes are those that show a small effect size but significant for the Type I ($F_{(1,97)} = 17.04, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.15$) and medium for the Type II ($F_{(1,97)} = 39.82, p<.001, \eta^2_{parcial}=0.29$), using greater the behavioral processes of counterconditioning, stimulus control, contingency management, dramatic relief and helping relationship. The biggest difference in the use of processes between the two groups is counterconditioning ($\eta^2_{parcial}=0.28$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.50$). Both groups have greater self-efficacy ($\eta^2_{parcial}=0.42$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.72$) and lower craving ($\eta^2_{parcial}=0.46$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.65$), with effect sizes once again higher in the Type II. Advancing the process of change represents progressing in the stages like in the greater use of behavioral processes which supports other studies, (Fava, Velicer & Prochaska, 1995; Freyer et al., 2006; Hoepfner et al., 2006; Sánchez-Hervás, Tomás, Molina, Del Olmo & Morales, 2002b), like self-efficacy and lower craving (Diclemente, Prochaska & Gibertini, 1985; Pérez Del Río, 2012; Velicer, Diclemente, Rossi & Prochaska, 1990).

In the psychological variables the changes are statistically significant in all subscales, with a medium-large size effect on the subscale *total impulsivity* ($\eta^2_{parcial}=0.31$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.57$) and also in aggression, highlighting the subscale *physical aggression* ($\eta^2_{parcial}=0.26$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.44$), and of *hostility* for the Type I and Type II respectively ($\eta^2_{parcial}=0.23$ vs. $\eta^2_{parcial}=0.49$). For the subscales which measure psychopathological variables (SCL-90-R), the

General Index of Symptoms shows a medium effect size for Type I and a big one for Type II ($\eta^2_{\text{parcial}}=0.25$ vs. $\eta^2_{\text{parcial}}=0.54$). Finally, in the personality variables (SCID-II), the reductions are statistically significant in all subscales, highlighting a greater size effect on the *Paranoid* subscale for both Types I and II respectively ($\eta^2_{\text{parcial}}=0.36$ vs. $\eta^2_{\text{parcial}}=0.54$), returning to the higher results for the Type II on all the subscales, except for the *Depression* subscale for the Type I where they are not statistically significant differences.

From the analyzed datas it can be concluded, that although both groups benefit from the performed intervention program, the Type II, it seems to benefit more widely than Type I. We are facing a consumer profile (Type II or polydrug abuser) less precocious, consumer of multiple substances with greater environmental influence taking the initiative to develop a residential treatment for finding yourself in a situation of crisis and major severity, which may indicate a greater predisposition and motivation to change (either internal or external), like an interest for personally recovery and lifestyle change, in contrast with the other profile consumer (Type I or alcoholic), earlier and with greater genetic load, with a large history, chronical and repeated failures that predispose to reduced capacity or disposition for the change, which leads us to consider thinking about the profile of Type I and the treatment they receive, in the direction of heading us towards results equally favorable in this group, perhaps the direction would be of collisions of more intensive intervention and adapted for these people, with more individual attention and a more comprehensive monitoring that can provide an assistance and a more optimal intervention offered so far, objective that will be launched between now and the future.

Finally in addition, although initially the impression is that Type II (polydrug abuser) has a worse outcome in treatment for its many associated circumstances sensing greater severity and worse prognosis, the truth is that it seems to benefit more than Type I (alcoholic). Perhaps it is in a situation of less chronicity although more serious or ongoing crisis (multiple substance use, comorbid psychopathology, in compliance with a judicial center, etc.) it predisposes to greater motivation for treatment obtaining better results, so it is important not to underestimate the

disposition for changing this type of consumer of substances that access to resources of drug addiction.

PRIMERA PARTE

Fundamentos Teóricos

CAPÍTULO 1. INTRODUCCION

Actualmente existe un enorme interés en el conocimiento y la investigación sobre el fenómeno de las drogodependencias. Se parte del hecho de la existencia de un gran número de pacientes con este problema que acuden al sistema público de la salud, con la constatación del importante desasosiego y sufrimiento que padecen no sólo estos pacientes, sino sus familiares o entorno. Se cuenta con un amplio repertorio de alternativas válidas que den respuesta a este tipo de problemática, que se complica cuando lleva consigo asociado otro trastorno mental, por lo que la respuesta por parte de los agentes de salud implicados en el abordaje de las drogodependencias debe ser lo más efectiva posible. Por esta y otras razones, la finalidad principal de este trabajo es poder contribuir en alguna medida al avance, mejora y esclarecimiento de la intervención integral especializada en los Trastornos por consumo de sustancias y en definitiva, en patología dual.

El abordaje de las drogodependencia viene realizándose desde el 1985 cuando fue creado el primer Plan Regional de Drogas con el objetivo de hacer frente a la tremenda epidemia del consumo de heroína y sus complicaciones. Desde ese momento, el problema de las drogodependencias ha evolucionado desde su aparición como una alarma social en la década de los ochenta cuando irrumpió la heroína y sus devastadoras consecuencias (pérdidas, delincuencia y muerte) en la sociedad donde heroína era sinónimo de muerte, hasta poco a poco recorrer un largo camino de llegada a la normalización de la situación, donde el perfil del heroinómano ha evolucionado dando paso al policonsumidor de distintas sustancias, situándose como sustancia estrella la cocaína en los últimos veinte años, así como el aumento del policonsumo, con importantes implicaciones también para la salud mental.

Las comunidades terapéuticas surgen como una modalidad de tratamiento válido para el abuso y dependencia de drogas, siendo el elemento esencial la comunidad como un método básico para facilitar un cambio general en la calidad de vida del drogodependiente. Esta modalidad de tratamiento evoluciona conforme ha evolucionado el perfil del drogodependiente, modificándose y especializándose estos recursos para atender a los trastornos comórbidos al problema de sustancias, integrándose perfectamente en la red asistencial de salud mental y drogodependencias.

Aunque aún continua persistiendo en la memoria histórica común, las drogas ahora coexisten con otros conceptos y realidades así como en sus formas de abordarlas. La mirada no está ahora puesta tanto en la sustancia sino en la problemática asociada a ella. Ahora se pueden medir los consumos de forma cuantitativa sabiendo que hay más consumidores y es posible analizar las distintas pluralidades de consumo y realizar una intervención ajustada a ella con mayor reflexión y serenidad que en las primeras décadas de aparición de la heroína.

Todo ello ha producido un cambio de percepción que ha seguido un largo proceso afectando de alguna u otra manera a toda la sociedad, ciudadanos, profesionales, responsables de instituciones y organismos, políticos, asociaciones y fundaciones donde se percibe el consumo de sustancias como un problema abordable de índole sociosanitaria con una fuerte apuesta por la prevención del consumo con educación e información, especialmente a las personas más jóvenes, el control de las nuevas situaciones problemáticas que puedan surgir, así como el disponer de un modelo de atención e intervención basado en conceptos operativizados de integración, coordinación y multidisciplinariedad de procesos, recursos y de los distintos agentes de intervención. La normalización de los sistemas preventivos y asistenciales no debe dejar atrás la investigación para visualizar la evolución y la evaluación permanente así como la formación continuada de los agentes de cambio con el objetivo de optimizar recursos y mejorar la calidad de abordaje ante el problema.

El contenido de la presente tesis doctoral se encuadra en dos partes diferenciadas. La primera parte relativa a los *Fundamentos teóricos*, en la que se exponen en primer lugar los conceptos clave en drogodependencias, así como la epidemiología actual y de los últimos años en cada una de las sustancias, a nivel mundial, nacional y regional (Castilla la Mancha), esta última por ser objeto de estudio, para continuar con un recorrido por los distintos instrumentos de evaluación existentes en este campo, así como una aproximación a los abordajes e intervenciones actuales más destacables en los Trastornos por consumo de sustancias, por último y no menos importante, una visión de cerca y desde dentro de un recurso de asistencia de tercer nivel, el Centro de Drogodependientes El Alba que pertenece a la Consejería de Sanidad y Asuntos sociales y que se enmarca dentro de la Red asistencial de Salud Mental y Drogodependencias. La segunda parte relativa a la *Investigación empírica*, en la que se plantean una serie de objetivos e hipótesis en relación al estudio experimental realizado,

donde se describe el procedimiento seguido, así como los resultados obtenidos, pasando en último lugar, a la discusión de los mismos, conclusiones generales y líneas futuras que se derivan de esta investigación.

CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

El fenómeno de las drogodependencias es aún hoy uno de los problemas socio-sanitarios más graves debido al coste de vidas principalmente, a la comorbilidad que presenta con distintas patologías somáticas y mentales, delitos que se producen contra la sociedad junto con un descenso de la productividad laboral, siendo éstos entre otros, los problemas que giran entorno a la drogodependencia, problemas que hoy aún se encuentran presentes en la actualidad.

Para entender el fenómeno de las drogodependencias, disminuir su repercusión mediante intervenciones adecuadas y efectivas no sólo a nivel de organismos e instituciones tanto públicas como privadas, sino también desde el ámbito de la salud y de la clínica, este estudio encuentra de interés el centrarse en un momento inicial en definir cada uno de los conceptos relacionados con las drogas, el cómo sigue el curso y desarrollo del proceso de la drogodependencia, los fenómenos asociados al consumo habitual y crónico de la sustancias, las vías de utilización más utilizadas, la patología coexistente con el trastorno por consumo de sustancias, y por último, la definición y aproximación desde los sistemas nosológicos más utilizados y actuales en el campo de la clínica para el diagnóstico de los trastornos mentales y los relativos al consumo de sustancias.

2.1. Droga y su clasificación

El término Drogodependencia es utilizado de forma genérica para referirse a todas las drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicótropo (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

El término goza de amplitud y ambigüedad, ofreciendo distintas definiciones con respecto a la conceptualización de droga. Desde la organización Mundial de la Salud (OMS) se define como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, podía modificar una o más funciones de éste (Kramer y Cameron, 1975). Este concepto se enmarcaría no solo dentro del tratamiento de enfermos, sino también a todas las sustancias desde el punto de vista farmacológico. En este sentido, en 1982 se quiso delimitar cuales eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos y susceptible de ser autoadministrada.

Desde una perspectiva médica y científica, se utiliza el término droga para referirse a una serie de sustancias que cumplen una serie de condiciones (Martín del Moral y Lorenzo, 2003):

1) sustancias que introducidas en el organismo vivo son capaces de alterar alguna de las funciones psíquicas

2) que inducen a repetir su autoadministración por el placer que generan (refuerzo positivo)

3) el cese de la sustancia da lugar a un malestar somático y psíquico (dependencia física y/o psicológica)

4) tengan o no aplicación médica, no se utilizan con tales fines

Estos autores estiman que el consumo está asociado a una *nocividad social* establecida a tres niveles, familiar, laboral y personal:

a) Familiar, se dan disputas y conflictos graves en la relación, abandono de responsabilidades y disgregación.

b) Laboral, produciéndose una disminución del rendimiento, mayor accidentabilidad e incremento del absentismo en el trabajo.

c) Personal que conlleva a un deterioro socioeconómico, actos delictivos, vagabundeo, etc. (en este último aspecto no se incluirían las sustancias como la cafeína, teína y tabaco como drogas).

Comas (1985) define la droga como toda sustancia que al ser usada por individuos ha provocado en alguno de ellos un síndrome de dependencia, percibido por el propio individuo, su entorno grupal o la sociedad como tal. Esta definición deja dentro tanto las sustancias legales como el tabaco y el alcohol, así como las sustancias ilegales.

Numerosos autores han realizado clasificaciones en torno a la agrupación de las drogas, dependiendo de su motivación con respecto a su consumo o querencia. En este apartado se muestran algunos ejemplos de esas clasificaciones.

Desde la Organización Mundial de La Salud, se han clasificado las drogas en base al grado de peligrosidad, así de mayor peligro son la que crean una dependencia más rápida y más tóxica, mientras que las de menor peligro crean dependencia menos rápida , son menos toxicas y algunas crean solo dependencia psicosocial (Kramer y Cameron, 1975). Distinguen cuatro grupos:

- Grupo 1: Opio, morfina, heroína, metadona, etc.
- Grupo 2: Barbitúricos y alcohol.
- Grupo 3: Cocaína, anfetaminas y derivados.
- Grupo 4: LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc.

Si en la clasificación atendemos a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias se establecen los siguientes tres grupos:

A) Depresoras del sistema nervioso: disminuyen o enlentecen la actividad del sistema nervioso central, y disminuyen el ritmo de las funciones corporales. Se clasificarían en:

- Opiáceos: opio, morfina, heroína, metadona.
- Bebidas alcohólicas: vino, cerveza, ginebra, etc.
- Hipnóticos y sedantes: somníferos y tranquilizantes.

b) Estimulantes del sistema nervioso: aumentan la actividad del sistema nervioso central e incrementan el ritmo de las funciones corporales.

- Mayores: anfetaminas, cocaína.
- Menores: café, té, cacao, tabaco (nicotina).

c) En tercer lugar, se situarían las que alteran la percepción: modifican el nivel de conciencia, alteran la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (visuales, auditivas, etc.)

- Alucinógenos: LSD, mescalina.
- Cannabis: marihuana, hachís.

-Drogas de diseño: éxtasis, eva, etc.

-Inhalantes: disolventes, pegamentos, etc.

En un estudio realizado en una muestra de adolescentes, de Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) mediante análisis factorial distinguen tres tipos de sustancias de consumo, por un lado las que se consideran drogas ilegales (tabaco, cerveza, vino y licores), las que se consideran médicas (tranquilizantes, derivados de la morfina, estimulantes y antirreuma) y por último, las ilegales (cocaína, cannabis y drogas de síntesis).

2.2. Uso, hábito, abuso y dependencia

Los conceptos de uso, abuso y dependencia se han utilizado habitualmente para referirnos a las sustancias psicoactivas, aunque puede ampliarse a todas las conductas adictivas o adicciones sin sustancias aunque con algunas matizaciones (Becoña, 2002).

La disponibilidad tanto de drogas lícitas e ilícitas, es en su mayoría de fácil accesibilidad, es un fenómeno presente en la actualidad, resultando difícil evitar su experimentación, uso y posterior abuso (Salazar y Rodríguez, 1994). El uso, hábito, abuso y dependencia son conceptos controvertidos y que van a depender de la visión de las distintas culturas. El uso y consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente en la historia del hombre y en todas las culturas (Escohotado, 1989).

- **Uso**

En el terrero de las drogodependencias, el *uso* sería el consumo sin que se produzcan efectos médicos, sociales y familiares. No se da habitualidad, tolerancia o dependencia. Es un consumo puntual, esporádico sin más, sin ningún tipo de consecuencia o trascendencia.

- **Hábito**

Hábito se entiende como un fenómeno psíquico de adaptación y del condicionamiento mental ante los repetidos efectos de una sustancia determinada. En realidad, no se trata más que de una dependencia psíquica o emocional, una costumbre o adaptación a los efectos de una sustancia donde no hay deseo sin imperiosidad, no aumenta, su búsqueda es limitada y no existe una alteración conductual.

Principalmente, se ha considerado el tabaco y la cafeína como sustancias productoras de hábito, en el caso del tabaco, las dos clasificaciones más utilizadas en el ámbito clínico la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE (OMS, 1992) como la Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos Mentales, DSM (APA, 2002 y 2014) lo consideran como dependencia. En relación a la cafeína difieren, el CIE-10 considera que produce dependencia, mientras que el DSM se mantiene en no contemplar este concepto aunque sí habla de trastornos relacionados con la cafeína, idea resuelta en el DSM-IV-TR (Martín Del Moral y Lorenzo, 2003) y que continua manteniéndose en la 5ª revisión recientemente publicada (APA, 2014).

- **Abuso**

Abuso sería un consumo persistente o inadecuado de una sustancia. Este consumo implica un mal uso por exceso o por su prolongación en el tiempo a pesar de las consecuencias negativas que acarrea para el individuo. Según el Real Colegio de Psiquiatras Británico sería *“cualquier consumo de droga que dañe o amenace con dañar la salud física o mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”*, se habla de un uso inadecuado tanto en la cantidad, en la frecuencia de su consumo o en la finalidad que se persigue. Así pues, la visión del uso y abuso sería más como un continuo de ambas, más que como entidades distintas, siendo en muchas situaciones complicado de diferenciar (Medina-Mora et al., 1994). Para la OMS el abuso sería un uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica aceptable, así se recomiendan el manejo de los siguientes (Edwards, Arif y Hodgson, 1981):

- Uso desaprobado*: uso de una droga que no es aprobada por la sociedad o grupo dentro de una sociedad
- Uso peligroso*: uso de una droga que conllevará probablemente consecuencias perjudiciales para el individuo, bien sea disfunción o daño (similar a conducta de riesgo)
- Uso desadaptativo*: uso de una droga que conlleva a un daño en el funcionamiento social o psicológico
- Uso nocivo*: uso de una droga que se toma sabiendo que causa enfermedad mental o daño físico

Las tres primeras harían referencia a una diferencia cuantitativa entre uso y abuso, mientras que la última una de tipo cualitativo. El avance en el continuo de dependencia es un riesgo evolutivo que implica una serie de consecuencias adversas importantes y recurrentes, no obstante, hay consumidores que pueden mantener un patrón de abuso durante largo plazo que tiene relación con características de la persona, tanto psicológicas como psicopatológicas. Así pues, la aparición de la dependencia respecto a una droga va a depender de la relación entre características personales, la naturaleza de su medio sociocultural general y las características farmacodinámicas de la droga, teniendo en cuenta la cantidad, la frecuencia y vía de administración de la droga (Kramer y Cameron, 1975).

Por su parte, el Sistema de Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10 (OMS, 1992) recoge el término “Consumo perjudicial” como aquella “forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental” (daño para la salud), aportando los siguientes criterios para su diagnóstico:

- Existencia de consecuencias sociales adversas (detenciones policiales, problemas matrimoniales, deterioro del rendimiento laboral, etc.)
- Lo anterior o la reprobación por terceros no es por sí solo suficiente para este diagnóstico.
- Las intoxicaciones agudas no son, tampoco, por sí solas o por sí mismas suficientes para considerar “daño de salud”.
- No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia.

- **Dependencia**

En el continuo de consumo de sustancias adictivas, la dependencia se da cuando existe un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. Estas consecuencias se van a reflejar en distintas áreas del individuo (psicológico, médico, social, familiar, económico, judicial, etc), no obstante y a pesar de ello, el consumo no permite tregua ni cese pues existe una necesidad imperiosa que no puede ser controlada por el individuo.

La OMS define este concepto en 1982 como *“síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos*

considerados habitualmente como más importantes". Además, distingue entre dependencia física, psicológica y social. La OMS señala que actualmente los modelos tienden a trabajar sin esa diferenciación, debido a que en realidad no hay tal diferencia ya que ambos tipos están estrechamente relacionados.

La *dependencia física* o fisiológica, hace referencia al concepto de neuroadaptación, como un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo entre la droga y el organismo. Una vez se han iniciado los procesos de neuroadaptación, se dan los fenómenos de tolerancia y el síndrome de abstinencia. Un tercer fenómeno sería la sensibilización (opuesto a la tolerancia) donde la respuesta a una droga se ve aumentada tras la presentación repetida e intermitente de la misma. Este fenómeno se da incluso tiempo después de que la sustancia haya sido eliminada del organismo. Schuckit (2000) define la dependencia física como el "estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga" (Kramer y Cameron, 1975).

En las sustancias depresoras del sistema nervioso central (alcohol, opiáceos, hipnóticos y sedantes) la dependencia física es mucho más apreciada por el individuo que en las sustancias adictivas estimulantes (cocaína, anfetaminas y derivados, y nicotina). El síndrome de retirada o de abstinencia o agudo van a variar dependiendo del tipo de droga, considerando el síndrome como los signos y síntomas contrarios al efecto inmediato de la droga, produciéndose un fenómeno de rebote de los sistemas fisiológicos alterados por la sustancia.

La *dependencia psicológica* relacionada con el deseo irresistible, ansia o "*craving*" de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables o placenteros (refuerzo positivo) o para evitar el malestar por la ausencia de la misma (refuerzo negativo), se puede comenzar buscando el placer de la sustancia para suprimir los efectos aversivos de la misma. Son estos mismos efectos reforzadores los que llevan directamente a la inevitable conducta de búsqueda, obtención y consumo de la droga. Esta dependencia ha sido llamada también

dependencia conductual. Cuando se emplean drogas de acción rápida y breve, el individuo se ve realizando la conducta de consumo varias veces al día (refuerzo continuo) lo que resulta en el establecimiento de un fuerte vínculo a nivel psicológico. Un ejemplo podría ser todos los objetos y conductas asociadas, así como los estímulos interoceptivos se convierten en señales de la posible disponibilidad de la droga con lo que aumenta el deseo de reexperimentarla (Martín Del Moral y Lorenzo, 2003). Schuckit (2000) entiende la dependencia psíquica o psicológica como la “situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar”.

Tras el síndrome de abstinencia agudo, aparece unos días o semanas después de haber abandonado el consumo el síndrome de abstinencia tardío, donde se manifiestan síntomas y signos derivados de una disregulación del sistema neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas (afectividad, pensamiento, percepción, memoria, etc.) lo que se percibe como un “recuerdo” de la sustancia a la que ha sido dependiente, reavivándose el deseo con un alta probabilidad de recaída de nuevo en el consumo. Otro fenómeno asociado de frecuente aparición es el *síndrome de abstinencia condicionado* donde aparece la sintomatología típica del síndrome de abstinencia agudo que se desencadena cuando el individuo se ve de nuevo expuesto a estímulos ambientales relacionados con el consumo, es un mecanismo psicológico de condicionamiento donde estos estímulos inician el proceso o desencadenan los deseos de consumo junto a manifestaciones psicofisiológicas de su ausencia o retirada seguido de un estado de ansiedad y miedo ante estas manifestaciones desagradables que se presentan sin razón aparente y que pueden facilitar una recaída (Martín Del Moral y Lorenzo, 2003).

La *dependencia social* en relación al grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente. El consumo es visto como signo de pertenencia a un grupo social, generando identidad personal, por lo que el abandono del consumo puede facilitar un desajuste en las relaciones personales necesitándose su distanciamiento o ruptura de relaciones para poder mantenerse en abstinencia.

Estos tres aspectos (dependencia física, psicológica y social) son complementarios e interactúan en un mismo individuo teniendo como desencadenante el poder obtener y consumir la droga.

Figura 2.1. Clasificación de drogas. Kramer y Cameron (1975)

<i>Tipo de droga</i>	<i>Dependencia psíquica</i>	<i>Dependencia física</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Otros</i>
Alcohol	Varía entre leve e intensa.	Varía entre leve e intensa.	Moderada.	Tolerancia cruzada con los barbitúricos.
Alucinógenos (LSD)	De nula a moderada, depende de la sustancia.	No existe.	No hay tolerancia crónica, sí tolerancia aguda.	
Anfetaminas	Variable pero a veces intensa.	Pequeña o nula.	Existe para determinados efectos, pero no para otros.	Presentación de psicosis durante el uso.
Barbitúricos	Variable, a menudo intensa.	Marcada, puede llegar a ser muy grave.	Menos marcada que con la morfina. Incompleta y variable.	Tolerancia cruzada con alcohol, cloral, paraldehído, etc.
Cáñamo	De moderada a fuerte.	Pequeña o nula.	Banal.	No hay síndrome de abstinencia característico
Cocaína	Fuerte.	No existe.	No existe.	Se produce en algunos casos, una sensibilización a los efectos de la droga.
Disolventes volátiles	Variable en función del producto.	Varía de muy ligera a intensa.	Variable, descrita por ejemplo para el tolueno	Tolerancia cruzada de algunos disolventes con el alcohol
Khat	Moderada.	No existe.	No existe.	
Opiáceos	Intensa.	Grave y de establecimiento rápido.	Marcada.	Tolerancia cruzada con drogas afines

Elaborado a partir de Kramer y Camerón (1975)

Relacionado con el concepto de la dependencia se encuentra el de *adicción*, con o sin sustancias (adicción química), éste último haría referencia al juego patológico por ejemplo, incluido en la clasificación del recién estrenado DSM-V, y que anteriormente se encontraba estructurado dentro del capítulo de Trastornos del control de impulsos en el DSM-IV-TR. Cabe decir, que a efectos prácticos, los términos drogodependencia, adicción y toxicomanía son considerados sinónimos. La adicción y la toxicomanía han sido conceptos utilizados ampliamente en el pasado aunque al adquirir ciertas

connotaciones peyorativas, morales y legales se pasó a utilizar más el término drogodependencia contemplado como un término más científico y preciso. El término toxicomanía se refiere a un estado de intoxicación periódica o crónica, un consumo de productos cuyo fin era la comercialización y un uso médico indicándose un consumo no terapéutico haciendo énfasis en el sufijo “manía” en la exaltación afectiva buscada con la autoadministración de la sustancia. En relación al término adicción, era utilizado en el siglo XIX como equivalente a embriaguez, pero en la actualidad se utiliza para las conductas con características de dependencia no originadas por sustancias químicas como el juego, la comida, la televisión, el sexo, internet, etc. viniendo a significar la necesidad imperiosa que no tiene en cuenta las consecuencias nocivas para el individuo y su entorno familiar, laboral y social (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

2.3. Tolerancia

Se entiende *“el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico”* (Kramer y Cameron, 1975). Dependiendo del proceso metabólico, así será la rapidez, duración e intensidad del efecto de la sustancia. Conforme aumenta el tiempo en relación al consumo de sustancia, el individuo cada vez necesita aumentar la dosis para obtener el mismo efecto, así como la frecuencia. Podemos hablar de tolerancia farmacocinética cuando la administración repetida de la sustancia acelera los mecanismos de degradación de la misma, y farmacodinámica, los lugares de recepción de la sustancia se habitúan a la presencia de la misma, adaptándose con lo que se requieren dosis más altas para los mismos efectos.

Así, podemos definir, la *tolerancia cruzada* como *“fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo. Un ejemplo puede ser la heroína que provoca tolerancia cruzada a la morfina, o las bebidas alcohólicas con fármacos del tipo de los barbitúricos”* (Kramer y Cameron, 1975). Así mismo, también se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra sustancia (Echeburúa, 1990). Un ejemplo de ello sería la metada que suple el síndrome de la abstinencia de la heroína y los tranquilizantes o ansiolíticos a la abstinencia alcohólica. Este fenómeno de la dependencia cruzada es la base de la mayoría de los métodos de

desintoxicación (Mothner y Weitz, 1986). Por otro lado, la *tolerancia inversa* se produce cuando se dan los mismos efectos con dosis similares o menores, debido posiblemente a la acumulación de la sustancia en determinados tejidos y su liberación posterior o a una hipersensibilización de los receptores. Este tipo de fenómeno suele provocar sobredosis en el individuo.

2.4. Intoxicación

Como intoxicación aguda, la CIE-10 la define como “un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas”. En la intoxicación existe principalmente una desadaptación conductual y un síndrome específico para cada sustancia psicoactiva (American Psychiatric Association, APA, 2002).

El cuadro de síntomas de la intoxicación varía entre los sujetos y depende de la sustancia, dosis, duración, cronicidad del uso, tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar de toma. Los síntomas pueden ser idénticos tanto con una sustancia como otra, por ejemplo, la intoxicación de la cocaína y de las anfetaminas provoca grandiosidad acompañada de taquicardia, midriasis o escalofríos. Los signos y síntomas de la intoxicación pueden persistir durante horas o días, después incluso de que la sustancia ya no se detecte en el organismo. Esta situación podría ser debida a las bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales, e incluso en algunos casos, la recuperación es más larga que el tiempo de eliminación de la sustancia. Estos efectos deben distinguirse de la abstinencia (Lara y Medina Mora, 2006).

2.5. Síndrome de abstinencia

Serían el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.

Casas, Duro y Guardia (1993) distinguen en el caso de los opiáceos, el síndrome de abstinencia agudo, tardío y condicionado. El síndrome de abstinencia agudo consiste

en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de haber interrumpido el consumo de la sustancia siendo el individuo dependiente a ella. Este síndrome es importante pero carece de peligrosidad, a diferencia de la abstinencia de alcohol y de los barbitúricos que pueden producir hasta la muerte (Freixa, Masferrer y Sala, 1988). El síndrome de abstinencia tardío aparece después de finalizar el síndrome de abstinencia agudo, es decir, entre los 4 y 12 días siguientes a la interrupción del consumo de la sustancia adictiva y se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persiste durante un período de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia, lo que acarrea múltiples problemas. Por el contrario, el síndrome de abstinencia condicionado hace referencia a la aparición sintomatológica típica de un síndrome de abstinencia al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, esto se produce a través de un proceso de aprendizaje (tipo pauloviano) a la sustancia a la que era dependiente (Casas et al., 1993). Este síndrome va seguido de períodos de importante ansiedad y miedo ya que se ve como en las etapas tempranas de la abstinencia.

Wikler (1965) fue el primero en establecer las bases para una teoría del condicionamiento en las drogas tras observar que los individuos que habían sido adictos a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia meses más tarde de su último consumo. Estos síntomas se manifestaban en situaciones fuera del consumo, por ejemplo en sesiones de terapia al hablar de este tema y con un aumento del deseo al pasar por los lugares donde antes consumían drogas, lo que le llevó a plantear un proceso de condicionamiento denominado abstinencia condicionada. Este es un momento importante, el episodio de abstinencia, ya que existe un alto riesgo de consumo que puede propiciar una recaída. A la abstinencia condicionada se le conoce también por flashback (Mothner y Weitz, 1986).

2.6 Deseo de consumo o “craving”

El deseo o craving por el consumo de drogas (craving) constituye el eje fundamental hacia un acercamiento a la comprensión del proceso y desarrollo de la drogodependencia y de cara a al tratamiento de la misma, no obstante, este concepto ha sido objeto de controversia entre los distintos investigadores y clínicos, no terminando de llegar a una definición consensuada, clara y precisa. El deseo o craving por drogas ha

sido conceptualizado como “querencia” o “apetencia” por reexperimentar los efectos de una droga, como un fuerte deseo’ subjetivo, como un deseo o ansia irresistible, como un pensamiento o requerimiento obsesivo, como la búsqueda de alivio ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un incentivo motivacional para la auto-administración de drogas, como expectativas hacia los efectos positivos y como un proceso cognitivo no automático (Iraurgi y Corcuera, 2008). El deseo de consumo o *craving* es una experiencia subjetiva que es experimentada por los consumidores de distintas sustancias de abuso cuando no tienen la sustancia disponible o cuando están intentando mantener la abstinencia. Este concepto ha ido evolucionando a lo largo de los años, las definiciones iniciales hablan de un estado subjetivo y motivacional-emocional, que lleva al individuo a consumir sustancias adictivas provocando una recaída y clasifica los modelos según se atribuya su génesis al síndrome de abstinencia y a los efectos reforzantes de las drogas (Tiffany, 1990). En España, el término de *craving*, ha sido traducido en la literatura española como deseo por la droga o querencia (Graña, 1991).

Según Pérez De los Cobos, Santis y Tejero (1999), la definición de *craving* más aceptada es la de “deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada previamente”. Estos autores señalan que dicho concepto se define en función de tres características: es un proceso *subjetivo* ya que sólo podemos conocerlo a partir de la definición que hace cada sujeto, *motivacional* donde el individuo se mueve a realizar una conducta., y por último, *prospectivo* que implica anticipar la obtención de unos resultados positivos.

Por su parte, Sánchez-Hervas, Molina, Del Olmo, Tomas y Morales (2001, 2002) afirman que la conceptualización del deseo contiene un conjunto de elementos comunes que serían los siguientes:

- el deseo o *craving* a drogas forma parte de la adicción.
- el deseo se intensifica si el individuo se expone a señales asociadas al consumo de drogas.
- y por último, es fundamental enseñar a los pacientes a analizar y afrontar cognitivamente sus deseos y observar como desaparecen sin necesidad de consumo.

En cuanto a los sistemas de clasificación existentes, antes del DSM V (APA, 2014) no se contemplaba el craving o deseo de consumo como criterio diagnóstico en sí mismo para el Trastorno por consumo de sustancias, ya hoy, se muestra como un criterio diagnóstico y se define como las *ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia*, y en el CIE-10 se define como *un fuerte deseo o impulso a consumir una sustancia*., ambos conceptos hacen referencia a un deseo de gran intensidad que parece irresistible y que puede llevar al individuo irremediablemente al consumo.

En cuanto a la explicación del concepto, parecen existir discrepancias según señalan Jiménez, Graña, Montes y Rubio (2009) y Drummond y Phillips (2002) que apuntan la consideración de autores que hablan del papel causal del deseo o craving en la explicación del consumo y que por tanto hay relación entre *craving* y recaída, mientras que otros niegan su importancia, y por lo tanto el *craving* carecería de importancia a nivel de tratamiento.

Entre los mecanismos que intervienen y potencian el deseo o craving, estarían los mecanismos biológicos como el síndrome de abstinencia, tolerancia e intoxicación, y cognitivos como el síndrome de abstinencia condicionado o el de la respuesta compensatoria. Los biológicos han sido comentados en este mismo apartado, por lo que pasamos a explicar los dos últimos.

Figura 2.2. Mecanismos por los que se potencia el deseo de consumir drogas

<i>Biológicos</i>	<i>Cognitivos</i>
Abstinencia	Síndromes de abstinencia condicionados (Wikler) Respuesta compensatoria (Siegel)
Tolerancia	
Intoxicación	

Tomado de Becoña, Rodríguez y Salazar (1996)

Dado que los deseos de consumo o craving se presenta como uno de los obstáculos de cara al mantenimiento de la abstinencia, el esclarecer los mecanismos y procesos implicados tanto fisiológicos como cognitivos y conductuales es fundamental de cara a diseñar y planificar estrategias de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo. En este sentido, la intervención se dirigirá a realizar un análisis funcional de los acontecimientos que anteceden y suceden tras el episodio de craving, valorar la expectativas de autoeficacia del individuo, observar el fenómeno como identificable y

abordable y proveer herramientas útiles para enfrentarse ante la situación en un momento dado sin olvidarnos de procedimientos de extinción de cara a incrementar el éxito terapéutico (Graña y Carrobles, 1991). Un ejemplo de esta intervención se puede contemplar en el Modelo de Prevención de Recaídas ofrecido por Marlatt y Gordon (1980, 1985) que se describe en apartados posteriores de esta tesis doctoral.

2.7. Vías de administración

Tan importante es conocer la sustancia de consumo como la vía de administración, ya que dependiendo de la vía de administración el efecto, rapidez y consecuencias pueden ser distintas.

Se diferencian seis vías de administración:

a) Vía oral en forma de ingestión, mascado o sublingual, siendo la vía más utilizada en el alcohol, anfetaminas, LSD, barbitúricos y drogas de diseño.

b) Vía pulmonar, inhalada y/o fumada. Característica del tabaco (nicotina), del cannabis y del crack o pasta base. La vía pulmonar es la que permite que llegue la sustancia al cerebro con mayor rapidez, alrededor de unos 10 segundos, en la mayoría de sustancias, lo que implica un mayor poder de adicción

c) Vía nasal o esnifada por la nariz. Es una de las vías más utilizada para la cocaína.

d) Vía parenteral (intravenosa, intramuscular o subcutánea). Se utiliza una jeringuilla hipodérmica como utensilio para la administración de la droga. Para consumirla a través de este vía, se realiza un “ritual” que les lleva a ser adictos también al proceso de preparación de “la dosis”. A través de esta vía se requiere menos cantidad de droga para obtener la misma gratificación, siendo una vía rápida, casi instantánea, lo que genera un gran poder de adicción. Esta es la vía más utilizada por los consumidores de heroína y cocaína.

e) Vía rectal o genital, aplicación de la sustancia sobre la mucosa genital o anal. Esta vía ha sido utilizada generalmente para la cocaína y la heroína, aunque en los últimos años parece ser utilizada por los jóvenes adolescentes para consumir alcohol (a través de los ojos, la vagina o el recto) provocando intoxicaciones agudas que pueden provocar incluso la muerte. Se trata de prácticas conocidas coloquialmente como

“eyeballing” y consisten en la aplicación directa de alcohol sobre la mucosa ocular, y el “tampodka” tampones impregnados de alcohol, serían desviaciones de la conducta de “binge drink” o atracón de alcohol (Stogner, Eassey, Baldwin, y Miller, 2014).

Figura 2.3. Vías de administración de la cocaína

<i>Vía de administración</i>	<i>Inicio de los efectos</i>	<i>Pico máximo</i>	<i>Duración de los efectos</i>
Intranasal	Seg-2minutos	10 minutos	45-60 minutos
Endovenosa	Segundos	3-5 minutos	20-30 minutos
Fumada	Segundos	3-5 minutos	15 minutos
Oral	Minutos	10 minutos	40-50 minutos

Tomado de Becoña, Rodríguez y Salazar (1996)

2.8. Policonsumo

Términos sinónimos serían poliadicción, politoxico, uso de sustancias múltiples o dependencia mixta, que hacen referencia al abuso y dependencia que suele darse en individuos que teniendo un diagnóstico principal de dependencia a una sustancia psicoactiva, al mismo tiempo están consumiendo otra. Este fenómeno suele dar bien cuando escasea el proveerse de la primera sustancia como para contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia o para incrementar los efectos de la misma. En el Manual Diagnóstico de los Trastornos mentales (APA, 2002) sugiere que se puede efectuarse este diagnóstico si el clínico constata que durante un período de 12 meses como mínimo el sujeto consuma varias sustancias psicoactivas (se excluyen tabaco y cafeína) no predominando el consumo de una sobre otra, no pudiéndose establecer el diagnóstico para una sustancia específica.

A nivel de intervención, en los recursos asistenciales de segundo nivel, es menos frecuente encontrar individuos policonsumidores, en cambio el porcentaje se eleva si atendemos a los recursos de tercer nivel. A la hora de iniciar un tratamiento, el clínico considera el consumo de sustancias consumidas en los 30 días previos al inicio del tratamiento de las distintas sustancias, además de la principal.

Existe una tendencia en el aumento del policonsumo en los últimos años, en general, el 90% de los policonsumidores consume alcohol entre las distintas sustancias según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2013). El policonsumo se encuentra más fácilmente identificada en los consumidores de drogas

ilegales como cocaína y heroína, los consumidores de cocaína presentan un alto consumo de alcohol y en segundo lugar otras sustancias, y los consumidores de heroína presentan un consumo más elevado en cocaína, seguido de otras sustancias según el Observatorio Regional de Drogas de Castilla la Mancha (2013). En este sentido, en el consumo de las drogas ilegales, el 90% consume cannabis entre las distintas sustancias según la (EADADES, 2013).

La mayoría de las muertes provocadas por el consumo de sustancias en Europa se debe a causa del consumo por opiáceos, principalmente a la heroína, donde en la mayoría de los casos el individuo ha consumido más de una sustancia, lo que indicaría la frecuencia del policonsumo y el mayor riesgo a sufrir tanto que sobredosis como los efectos más perjudiciales al combinar varias sustancias, lo que provoca daños a largo plazo, algunos irreversibles en el organismo. El hecho de que en los últimos años se observe un aumento en el consumo de varias sustancias en los distintos dispositivos de drogodependencias es una señal de alarma que informa de la necesidad de atender al fenómeno del policonsumo y su funcionalidad de cara a buscar intervenciones más ajustadas a las necesidades de estos pacientes.

2.9. Patología dual

La coexistencia de un trastorno mental y un Trastorno por consumo de sustancias es más que elevada, resultando difícil diferenciar un trastorno del otro, siendo complicado establecer qué diagnóstico fue anterior al otro.

Según la literatura científica, se parte de distinta terminología en relación a la patología dual tal como trastorno dual o comorbilidad según la orientación de los distintos autores. Así pues, el término patología dual es más una terminología arbitraria pero que es ampliamente reconocida entre los distintos clínicos del campo de la salud. Este concepto se puede definir como la existencia simultánea de dos trastornos, un trastorno adictivo y otro trastorno mental, siendo este término acuñado por Miguel Ángel Casas (2000). Esta relación causal entre ambos trastornos, un trastorno mental severo y un trastorno por consumo de sustancias adictivas ha estado presente en este ámbito de la salud requiriendo abordajes complejos y con intervenciones realizadas desde múltiples niveles (psicoterapéutico, farmacológico, familiar, social, etc) y a lo largo plazo. En la terminología anglosajona se suele utilizar “diagnóstico dual” haciendo referencia a dos trastornos diferentes sin hacer mucha referencia a la relación

entre ambas, siendo el término patología dual más cercano a una explicación relacionada con una vulnerabilidad genética y biológica que puede predisponer a diferentes cuadros psicopatológicos y que los individuos pueden acudir al abuso de sustancias como forma de automedicación (Roncero et al., 2010).

Con respecto a la etiología, la clasificación ofrecida por Solomon, Zimberg, y Shollar (1996):

Tipo I: Trastorno psiquiátrico primario con trastorno por consumo de sustancias, donde la psicopatología es anterior a la dependencia de sustancias e incluye en el mismo. En este tipo de trastorno se suele aludir a la hipótesis de la automedicación como el origen de la drogodependencia.

La existencia de un trastorno psicopatológico llevaría a consumir sustancias como forma de acallar ciertos síntomas provocando una mejoría a corto plazo en el trastorno mental aunque sumado a los efectos menos agradables obtenidos por la medicación. Con el tiempo, el consumo continuado de sustancias daría paso a la dependencia de la misma, empeorando los síntomas psicopatológicos por la disregulación de los mecanismos de neurotransmisión, lo que provocaría un nuevo consumo y provocando un círculo vicioso donde el individuo queda atrapado sin poder salir.

Tipo II: trastorno por consumo de sustancias con signos y síntomas psiquiátricos secundarios. En este caso, tanto el consumo, intoxicación como la abstinencia son considerados el origen de los distintos trastornos mentales que se puedan derivar como episodios depresivos, de ansiedad, síntomas psicóticos, etc.

Tipo III: Coexistencia del trastorno mental y del trastorno por consumo de sustancias de origen independiente. En este último caso, el trastorno psicopatológico y de sustancias no coincide ni en el comienzo ni en el curso del trastorno, son crónicos y severos, donde parece que son independientes en el sentido de que ninguno de ellos afecta al otro.

Esta coexistencia entre un trastorno mental y otro trastorno mental por consumo de sustancias, principalmente suele presentarse con el Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad y Trastornos de la personalidad. Así, el 47% de los pacientes con Esquizofrenia, el 60,7% de los pacientes con Trastorno

Bipolar tipo I y el 83,6 % de los que presentan Trastorno antisocial de la personalidad, presentan trastornos por uso de sustancias (alcohol y otras drogas) (Regier et al., 1990).

Se puede afirmar que los pacientes con Patología Dual presentan un peor ajuste social y funcionamiento psicológico, un mayor número de hospitalizaciones, conductas suicidas, conducta disocial o incluso violenta, problemas legales, peor adaptación y adherencia al tratamiento y con mayores dificultades con respecto a su acceso a la red asistencial, siendo los denominados pacientes de “puerta giratoria” o “puerta equivocada”.

La clasificación en cuanto a la etiología puede ser importante de cara a distinguir los diferentes tipos de trastornos duales para facilitar una mayor aproximación tanto al abordaje precoz como al pronóstico como y tipo de intervención a realizar, por ejemplo, sería más complicado un Tipo I con respecto al Tipo II pues el trastorno psicopatológico puede ser de mayor gravedad al de trastorno por sustancias.

Con respecto a la epidemiología, existe una importante dificultad hallada a la hora de encontrar acuerdos entre los distintos hallazgos, pues la variabilidad de los resultados en cuanto a prevalencia es amplia de unos estudios de investigación a otros. Dificultades encontradas al comparar los distintos estudios puede encontrarse en los distintos instrumentos de medición, heterogeneidad de las muestras o poblaciones, distintas condiciones en los ensayos clínicos, etc.

Hasta la actualidad existen datos donde aunque se cree que la patología dual es más frecuente en hombres, se considera que las mujeres tienen más riesgo de presentar ambas patologías. Un estudio realizado en unidades de atención a drogodependencias, se observó que el 47,5% de las mujeres presentaba patología dual, mientras que sólo el 30,3% de los hombres; $p=0,001$ (Gual, 2007). Parece que en las unidades de salud mental general hay más hombres duales que mujeres (87,5% varones vs. 12,5% mujeres, $p<0,001$) (Rodríguez-Jimenez et al., 2008). En cambio, cuando se estudian muestras de pacientes en unidades de desintoxicación o en seguimiento ambulatorio de adicciones se invierte la relación observándose mayor porcentaje de patología dual en las mujeres que en los hombres (Brady, Grice, Dustan, y Randall, 1993; Chiang, Chan, Chang, Sun, Chen y Chen, 2007; Landheim, Bakken, y Vaglum, 2003; Tomasson y Vaglum, 1995; Zlotnick, Clarke, Friedmann, Roberts, Sacks y Melnick, 2008).

Más concretamente, Miquel, Roncero, López-Ortiz y Casas (2011) revisan hasta 40 estudios publicados en *Medline*, *Web of Science*, y *Journal Citation Reports* acerca de las diferencias de género en la prevalencia y las características clínicas de pacientes duales concluyen que la distribución de los trastornos mentales del Eje I en pacientes duales, se mantiene similar a la de los trastornos mentales no duales en la población general, según el género, donde existe una mayor prevalencia en hombres con trastornos psicóticos y bipolares, y en mujeres mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos. Los datos sugieren que el género femenino no muestra ser un factor de buen pronóstico en la psicosis dual, mientras que el policonsumo es más frecuente en los hombres.

Uno de los estudios epidemiológicos con mayor divulgación ha sido ECA realizado por Regier et al. (1990) donde habla de que un 76% de los varones y un 65% de las mujeres cumplían criterios de Trastornos por consumo de sustancias comórbido a otro diagnóstico psiquiátrico. En drogodependientes aumenta en 4 veces el riesgo de padecer otro trastorno mental y en cocainómanos sube a 11 veces. Así mismo, las personas con un trastorno mental tienen 4,5 veces más riesgo de presentar trastornos por consumo de drogas. En Individuos tratados en Salud mental y recursos de drogas, encontraron un porcentaje más elevado de individuos que sufrían ambos trastornos (Szerman et al., 2011).

En un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la patología dual en la Comunidad de Madrid, se ha encontrado que, en las redes sanitarias públicas relacionadas con la materia (salud mental y drogodependencias), el 53,2% de los pacientes que reciben tratamiento presenta patología dual y que en las de drogodependencias es más elevado llegando a un 63% (Szerman et al. 2011).

Un reciente estudio epidemiológico sobre la prevalencia de Patología Dual realizado en la Comunidad de Madrid, obtiene como resultados que el 25% de las personas que consultan en un dispositivo específico de Salud Mental padece patología dual y esta proporción aumenta al 63% en las personas que consultan en un dispositivo asistencial específico de drogodependencias. Un porcentaje elevado de la población que demanda asistencia por trastornos mentales en la red sanitaria pública presentaría patología dual (Szerman et al.2011). Además, la presencia de diagnósticos comórbidos es superior en la red de atención al drogodependiente y mayor entre aquellos con

dependencia de alcohol o cocaína. Estos datos pueden ayudar a la hora de planificar los recursos asistenciales para este tipo de pacientes.

Un tema que ha terminado siendo una realidad es lo que se ha venido a denominar las “adicciones ocultas” es el de la tendencia al abuso de psicofármacos tanto en personas con abuso/dependencia de sustancias como con trastornos mentales es una realidad, no obstante, la magnitud de este problema suele pasar desapercibido de cara a los profesionales, y parece ser más frecuentes en mujeres y en politoxicómanos con trastornos de la personalidad. De hecho, en el Informe Mundial sobre Drogas (2013) destaca que más del 60% de los países comprendidos en el informe resultado del estudio, clasifica los ansiolíticos como uno de los tres tipos de sustancias de mayor uso abusivo.

Heredamos desde el tratamiento tradicional la existencia de dos redes clínicas de atención y tratamiento de ambos, atendiendo ambos trastornos como entidades independientes lo que ha favorecido cierta confusión entre profesionales e incluso el fracaso de muchos tratamientos como consecuencia para los pacientes sin una respuesta adecuada para ellos. Son pacientes difíciles con abordajes no específicos para ellos padeciendo el *síndrome de la puerta equivocada o giratoria*. Como investigadores y profesionales de la salud es de vital importancia desarrollar servicios adecuados para el tratamiento adecuado de estas personas, debido a que la comorbilidad entre trastornos genera evoluciones tórpidas, dificultades en la retención del tratamiento y complicación del pronóstico. En Europa, la respuesta ha tendido al tratamiento en paralelo (donde el sujeto es atendido simultáneamente en la red de salud mental y en la red de toxicomanías) recayendo sobre los profesionales un sobreesfuerzo para instaurar canales de coordinación eficaces, no obstante en los últimos años, los profesionales del campo de la salud han advertido que la intervención más adecuada y eficaz es la realizada de forma integral entre ambos dispositivos de salud mental y drogodependencias. Supone el diseño y aplicación de un único tratamiento para la doble patología. El modelo integral combina las estrategias terapéuticas de intervención dirigidas al trastorno mental y al de consumo de sustancias, en unas circunstancias óptimas y es aplicado por un equipo terapéutico interdisciplinar y con competencia suficiente para abordar ambas patologías de forma conjunta y coordinada.

Los abordajes en patología dual siguiendo el modelo integral deben ofrecer una serie de elementos que faciliten el acceso a estos pacientes, como puede ser una valoración, diagnóstico y tratamiento específico e intensivo, con una incorporación lo más breve posible evitando los innecesarios periodos de espera o abstinencia así como la estabilización del trastorno mental, aceptando al paciente aunque se sitúe en cualquier nivel de motivación hacia la conciencia, estabilización y/o abstinencia de sustancias, el tratamiento debe dirigirse a medio-largo plazo y contar cada paciente con un plan de tratamiento individualizado a sus necesidades elaborado por un equipo de profesionales con pericia suficiente y en coordinación continua, así como la realización de sesiones de seguimiento del caso para las posibles revisiones que se estimen oportunas del plan de tratamiento individualizado.

La presencia de ambos trastornos, trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias, es un hecho siendo además la norma más que la excepción, no pudiéndose plantear un adecuado abordaje sin considerar su existencia, sobretudo en dispositivos asistenciales en drogodependencias. Es necesario que los programas deban orientarse hacia el tratamiento específico de la patología dual, de forma integral, lo que puede provocar un cambio considerable de la morbilidad de ambas manifestaciones así como una mayor eficacia de los recursos asistenciales.

2.10. Sistemas actuales de clasificación

Desde el ámbito clínico se dispone de diferentes clasificaciones en relación a las drogas, siendo las más utilizadas en la actualidad, la Clasificación Internacional de Enfermedades, es decir, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992) y el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta versión DSM-V (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2014), que recogen todos y cada uno de los Trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Ambas clasificaciones se iniciaron en base a las teorías Kraepelianas y han sido necesarias varias revisiones para adaptarse a la situación actual. Las dos clasificaciones son las más extendidas internacionalmente y la tendencia se dirige a compatibilizar ambos sistemas.

2.10.1. Clasificación Internacional de Enfermedades

En 1992, la OMS publicó su última revisión, la CIE- 10 que fue realizada tras varios años de estudios de campo, buscando validez y fiabilidad de las categorías. La perspectiva multiaxial de la CIE-10 posibilita la creación de distintas versiones para

diferentes usos. En esta clasificación se exponen descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico destinadas al uso clínico, así como los criterios diagnósticos útiles para la investigación (creados en 1994). La compatibilidad de la CIE-10 con la DSM-IV-TR ha sido un gran logro pues el acercamiento entre ambos sistemas clasificatorios es aún mayor que el obtenido en la revisión anterior (CIE-9 frente a DSM-III).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, incluye criterios para nueve sustancias adictivas, donde incluye los siguientes diagnósticos: intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia con delirium, trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno psicótico residual y otros trastornos mentales o del comportamiento y sin especificación.

En cuanto a los criterios planteados, se puede decir que son similares aunque incluyen algunas diferencias, además, en cada apartado referido a cada sustancia de consumo, se incluyen los trastornos mentales relacionados con el consumo de cada una de las sustancias.

Para establecer el diagnóstico a la hora de identificar la sustancia psicotropa involucrada, el clínico puede apoyarse en los datos aportados por el propio individuo, a partir de análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Figura 2.4. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-19)

F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.

Elaborada a partir de CIE-10 (OMS, 1992)

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola, siendo el policonsumo habitual, no obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes o principales. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, se codifica como trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicótropas. Si se identifica el consumo de varias sustancias concretas, todas se codifican.

La CIE-10 en el capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas diferencia entre el síndrome de dependencia y el consumo perjudicial. Este punto hasta ahora era común entre ambas clasificaciones (CIE y DSM), hasta la publicación de la quinta revisión del DSM donde se aportan ligeras diferencias que posiblemente puedan ser más marcadas con la publicación de la onceava revisión de la CIE (propuesta para el año 2017).

En la actual revisión de la CIE, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS es el responsable de la revisión del capítulo de la CIE-10 para los Trastornos Mentales y de la Conducta y ha designado una representación global y multidisciplinar de profesionales. Uno de los objetivos principales es reducir la carga de los trastornos mentales y del comportamiento (independiente de conflictos de interés), así como mejorar su utilidad clínica haciendo más precisa la identificación de los trastornos para facilitar la toma de decisiones y tratamientos más eficaces (Reed, Anaya y Evans, 2012).

La CIE-10 en el capítulo sobre los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas, diferencia entre consumo perjudicial y síndrome de dependencia que se refleja en la siguiente Figura 2.5.

Figura 2.5. Consumo perjudicial y síndrome de dependencia según la CIE-10.

<i>Consumo perjudicial</i>	<i>Síndrome de dependencia</i>
<p>Pautas que se especifican:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de consecuencias físicas (hepatitis por administración de sustancias por vía parenteral, etc) 2. Afectación de la salud mental (episodios depresivos tras el consumo, por ejemplo) 3. Existencia de consecuencias sociales adversas (arrestos y detenciones, deterioro familiar, rendimiento social y laboral, etc) 4. La reprobación por terceros o por el entorno no es por sí solo suficiente para el diagnóstico 5. No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por sustancias o se cumplen los criterios de dependencia 	<p>Presentación simultánea de <i>tres o más</i> de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir una sustancia 2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, controlar el comienzo, la terminación del consumo o para controlar la cantidad consumida 3. Síntomas físicos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa, síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia 4. Tolerancia, donde se requiere un aumento progresivo de la cantidad de la sustancia para conseguir los mismos efectos que se producían a dosis más bajas en el inicio 5. Abandono creciente de actividades placenteras o aumento del tiempo necesario para obtener o consumir la sustancia o para recuperarse de sus efectos 6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de la visibilidad de consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios <p><i>Especificaciones:</i></p> <p>En abstinencia: Remisión temprana, parcial o completa, en medio protegido, en régimen clínico supervisado o en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras</p> <p>En consumo activo: con o sin síntomas físicos</p> <p>Curso: continuo o episódico</p>

Elaborada a partir de CIE-10 (OMS, 1992).

2.10.2. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es una clasificación elaborada a partir de datos empíricos derivados de una metodología empírica, cuyo objetivo es el diagnóstico de los distintos trastornos mentales, siendo el resultado del estudio de los mismos mediante investigaciones tanto de los clínicos que desempeñan su labor en el ámbito de las Ciencias de la Salud como de los profesionales que se dedican al campo de la investigación con el propósito de mejorar la comunicación y aunar conocimiento entre ambos, siendo una herramienta necesaria para dar a conocer estudios estadísticos de la salud pública.

En 1952 fue publicada la primera edición, donde se daba gran importancia al concepto de reacción de Adolf Meyer. En 1965 fue sustituida por el DSM-II, que basado en la CIE-8 introdujo un glosario de términos, dando un giro con respecto a la primera edición. Ya en 1980, la APA publica la tercera edición que fue muy en consonancia con la 9ª revisión de la clasificación de la OMS, introduciendo criterios diagnósticos de inclusión y exclusión, a la vez que utiliza un sistema multiaxial de diagnóstico. Con el tiempo, en 1998 se publicó una nueva revisión (DSM-III-R) donde se perseguían los objetivos de proporcionar una mejora en la utilidad clínica, mayor fiabilidad de las categorías diagnósticas, aceptación por parte de los clínicos e investigadores, utilidad académica y compatibilidad con CIE-9 y con los puntos de vista tradicionales. En 1994 se publicó el DSM-IV que no supuso un cambio radical respecto al anterior y en 2002 se publicó su revisión, el DSM-IV-TR. Las revisiones de la CIE y DSM han sido prácticamente simultáneas, siendo un sistema atóxico y con orientación descriptiva. Hasta ahora, se han utilizado diferentes ejes de clasificación que proporcionan una información adicional.

El grupo de trabajo del DSM-5 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) separan los conceptos de trastorno mental y discapacidad (presencia de desequilibrios en el área sociales, laboral u otras áreas importantes). En el sistema de la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), abarca todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye una clasificación independiente para la discapacidad global.

Centrándonos en la clasificación del DSM, cabe destacar que la última revisión, la quinta, es el resultado de un proceso de revisiones desde la primera revisión hasta la actual, siendo la última revisión realizada a partir del DSM-IV-TR, y que ha sido guiada a través de 3 principios:

1. Dar prioridad a la utilidad clínica, que sea útil para tratar a los pacientes.
2. Todos los cambios deben estar basados en evidencia científica
3. Siempre que sea posible, el nuevo DSM debe mantener una continuidad con el anterior, esto quiere decir que se debe tener en cuenta la implementación de los nuevos

conocimientos científicos, pero a la vez considerar el impacto que los cambios puedan tener en la práctica clínica.

El DSM-5 está organizado en tres secciones: la primera proporciona pautas para el uso clínico y forense del manual, la segunda sección incluye los criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos y la tercera, aporta medidas dimensionales para la evaluación de los síntomas, criterios en relación a los trastornos desde el punto de vista de la cultura, y una propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad y condiciones clínicas actualmente en estudio.

Figuraa 2.6. Clasificación de los trastornos recogidos en el DSM-V (APA, 2014)

Trastornos del neurodesarrollo
 Trastornos psicóticos y del espectro de la esquizofrenia
 Trastornos bipolares y relacionados
 Trastornos del estado de ánimo
 Trastornos de ansiedad
 Trastornos obsesivos compulsivos y relacionados
 Trastornos relacionados con sucesos traumáticos y estresores
 Trastornos disociativos
 Trastornos somáticos
 Trastornos de la conducta alimentaria
 Trastornos de la eliminación
 Trastornos del sueño
 Trastornos sexuales y de la identidad sexual
 Trastornos conductuales y del control e impulso
 Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas
 Trastornos neurocognitivos
 Trastornos de personalidad
 Parafilias
 Otros trastornos

Elaborada a partir del DSM-V (APA, 2014)

En cuanto a la estructura organizacional y las modificaciones realizadas, se han dado dos importantes cambios en la nueva versión (DSM-5), una es la eliminación del sistema multiaxial (según los autores creaba “distinciones artificiales”) y la reorganización de los capítulos. Otro cambio importante, a nivel cualitativo, ha sido la evaluación de la dimensión de los trastornos a través de diferentes escalas, esto permite

atender a la severidad de los síntomas y no a una serie de criterios fijados existentes hasta la versión anterior (DSM-IV-TR, 2002).

Esta nueva organización está diseñada por orden de aparición, en primer lugar los que comienzan en las etapas más tempranas (infancia y niñez) y después los trastornos que aparecen en la edad adulta (Figura 2.6).

La nueva revisión denomina al capítulo relacionado con las drogas como “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, se divide en dos secciones: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias donde se incluye el síndrome de intoxicación, síndrome de abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancias o medicación.

Con respecto a los trastornos inducidos por sustancias, se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos y se amplían a otros como el trastorno bipolar inducido por consumo de sustancias.

Figuraa 2.7. Comparativa Trastornos mentales DSM-IV-TR y DSM-V

<i>DSM-IV-TR</i>	<i>DSM-V</i>
<i>Trastornos mentales debidos a una enfermedad</i>	<i>Otros trastornos mentales</i>
Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
1. Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)	1. alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco
2. Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia)	2. Trastornos no relacionados con sustancias: Trastorno del juego
Alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, feniclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	

Elaborado a partir del DSM-IV-TR (APA, 2002) y DSM-V (APA, 2014)

En el capítulo denominado “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” se agrupan los trastornos por abuso de sustancias y la dependencia de sustancias, una de las más importantes diferencias con respecto a la versión anterior, quedando como una suma de criterios de abuso y dependencia.

Otro de los cambios introducidos, es la aparición de la articulación del nivel de severidad de trastorno en función del número de criterios diagnósticos presentes donde *bajo* hace referencia a la presencia de 2 a 3 criterios, *moderado* supone de 4 a 5 criterios y *severo* corresponde a 6 o más criterios presentes. Se sugiere que el nivel bajo corresponde al abuso de sustancias, mientras que si se describe como nivel moderado o severo correspondería a la de dependencia del DSM-IV-R.

En el DSM-V de los 11 criterios derivados de la agrupación de los ítems de abuso y dependencia, se elimina el que hacía referencia a los problemas legales (argumentando que no era muy utilizado) y se añade el ítem de *craving* o deseos de consumo.

Figura 2.8. Comparación de los trastornos por consumo de sustancias DSM-V y DSM-IV-TR

<i>Trastorno por consumo (DSM-V)</i>	<i>Dependencia y abuso de sustancias (DSM-IV-TR)</i>
<p>A. Un <i>modelo problemático de consumo</i> de la sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos <i>por dos</i> de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto. 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir, consumirlo o recuperarse de sus efectos. 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir 5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar. 6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol. 7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio. 	<p>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS</p> <p>A. Un <i>patrón desadaptativo de consumo</i> de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado <i>por tres (o más)</i> de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> 1. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado 2. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> 1. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas 2. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más

<p>Trastorno por consumo (DSM-V)</p>	<p>Dependencia y abuso de sustancias (DSM-IV-TR)</p>
<p>8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.</p> <p>9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado</p> <p>10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:</p> <p>a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p> <p>b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad.</p> <p>11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:</p> <p>a. Presencia del síndrome de abstinencia característico (véase los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).</p> <p>b. Se consume (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</p>	<p>largo de lo que inicialmente se pretendía</p> <p>4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia</p> <p>5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. e.: visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. e.: fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia</p> <p>6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia</p> <p>7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. e.: consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)</p> <p>Además se codifica el curso de la dependencia y si ésta es fisiológica o no</p> <p>ABUSO DE SUSTANCIAS</p> <p>A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <p>1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. e.: ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)</p> <p>2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (Ej.: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)</p> <p>3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (Ej.:esto por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)</p> <p>4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuo o recurrentes</p>

Trastorno por consumo (DSM-V)	Dependencia y abuso de sustancias (DSM-IV-TR)
	<p>o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (Ejem.: discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)</p> <p>B.Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia</p>

Elaborado a partir del DSM-IV-TR (APA, 2002) y DSM-V (APA, 2014)

Además, se crea una nueva categoría para recoger las “adicciones conductuales o sin sustancias”, donde se incluye el Trastorno de juego (recogido en versiones anteriores en la categoría de “trastornos de control de impulsos no clasificados”). Se consideró también la inclusión de la adicción a internet, aunque los expertos decidieron su inclusión en el apéndice del manual debido a que aún no se dispone de la suficiente evidencia científica para su consideración como categoría con entidad diagnóstica en sí misma. Cabe señalar, que se mantienen los criterios por intoxicación y abstinencia de sustancias para cada una de las sustancias sin cambios importantes (Figura 2.9 y 2.10).

Figuraa 2.9. Criterios diagnósticos de la intoxicación de sustancias.

Intoxicación de sustancias DSM-V	Intoxicación de sustancias DSM-IV-TR
<ol style="list-style-type: none"> Consumo reciente de la sustancia Cinco (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de la sustancia Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental incluida una intoxicación con otra sustancia. Abstinencia de cafeína 	<ol style="list-style-type: none"> Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias puede producir síndromes idénticos o similares Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. e.: irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Elaborada a partir del DSM-V (APA, 2014) y DSM-IV-TR (APA, 2002).

Las sustancias pasan de 11 en el DSM-IV a 10 en el DSM-5, al hacer una reordenación de las mismas, se incluyen: alcohol; cafeína, cannabis, alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Otro de los cambios reside en que se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis (que no aparecía en el DSM-IV). El síndrome de abstinencia para la cafeína no se incluye, solo aparece en el apartado C del manual.

Figura 2.10. Criterios diagnósticos de abstinencia de sustancias.

<i>Abstinencia de sustancias DSM-V</i>	<i>Abstinencia de sustancias DSM-IV-TR</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cese brusco del consumo de la sustancia, que ha sido intenso y prolongado (p. ej. consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos). 2. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A: 3. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 4. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades 2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo <p>Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental</p>

Elaborada a partir del DSM-V (APA, 2014) y DSM-IV-TR (APA, 2002).

En un importante número de casos, se puede presentar un trastorno mental asociado al consumo de sustancias. En ese caso, el clínico debe discernir qué diagnóstico lleva asociado el consumo de sustancias, bien sea perteneciente al Eje I o el Eje II, así como señalar el especificador relativo al inicio durante la intoxicación o durante el síndrome de abstinencia o si el trastorno es persistente (Ej.: Trastornos neurocognitivos codificados en el DSM-V). En la siguiente Figura 2.11 se muestran los diagnósticos según la clase de sustancia de consumo.

Figura 2.11. Diagnóstico según la clase de sustancia

Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia	Delirium intoxicación	Delirium abstinencia	Demencia	Trastornos amnésicos	T. psicóticos	T. estado ánimo	T. ansiedad	Disf. sexuales	T. del sueño
Alcohol	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Alucinógenos	X	X		I				I*	I	I		
Anfetaminas	X	X	X	I				I	I/W	I	I	I/W
Caféina		X								I		I
Cannabis	X	X		I				I		I		
Cocaína	X	X	X	I				I	I/W	I/W	I	I/W
Fenciclidina	X	X		I				I	I	I		
Inhalantes	X	X		I		P		I	I	I		
Nicotina	X		X									
Opioides	X	X	X	I				I	I		I	I/W
Sedantes, hipn. ansiolíticos	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
Varias sustancias	X											
Otros	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

* También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks).

Nota: X, I, W, I/W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV-TR. Además, I indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P, indica que el trastorno es persistente.

La nueva versión ha recibido considerables críticas desde distintas disciplinas, como revisa Becoña (2014):

-Ampliación excesiva del número de trastornos mentales. Donde la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y la quinta recoge 216, existiendo un aumento con cada nueva edición y no una reducción (Sandín, 2013).

-Los cambios reflejados en los criterios diagnósticos se muestra de gran importancia, ya que al ser los trastornos por consumo de sustancias de gran presencia en el campo de la clínica, este hecho puede suponer que se alteren los datos de la prevalencia, y esto puede tener también implicaciones legales (a la hora de aplicar ciertas eximentes) y de cara al tratamiento pues puede suponer que más personas tengan que recibir tratamiento (al contar con mayor laxitud respecto a los criterios de la gravedad).

-El modelo jerárquico de abuso y dependencia era se consideraba problemático por lo que se ha eliminado, aunque los clínicos hablaban de que el abuso de sustancias era el antecesor del diagnóstico de dependencia, parece que la evidencia no dice lo mismo, Schuckit y colaboradores (2001) refieren que solo el 10 % de las personas diagnosticadas de abuso del alcohol se convertían posteriormente (3-5 años de seguimiento) en o de dependientes del alcohol. Se justifica la unidimensionalidad para el trastorno por consumo de sustancias que se basó en distintos análisis factoriales y en los estudios con la teoría de la respuesta al ítem y en ambos aparecía un solo factor que parece ser que incluye a ambas categorías (Hasin et al., 2013).

-Utilizando muestras de la población general y clínica en estudios de validación, no existen cambios importantes a la hora de usar 2,3 o 4 criterios como punto de corte para el diagnóstico para los TRS, los estudios con muestras muy amplias indican que el alcohol que el punto adecuado con criterios DSM-5 sería el de 4, no 2. En un estudio de Compton, Dawson, Goldstein y Grant (2013), también con una amplia muestra, con criterios DSM-5, el punto de corte sería de 4 o más para el alcohol, cocaína y opiáceos. Para el cannabis sería de 6 o más criterios. Lo que pretende el DSM-5 al bajar el punto de corte es contener a los diagnósticos sueltos (Agrawal, Health y Lynskey, 2011). El problema y otros adicionales con lo que se sobreestimaría el diagnóstico. Este punto se intenta resolver con la introducción del nivel de severidad, leve (2-3), moderado (4-5) y severo (6 o más criterios), lo que lleva a que el tratamiento no sea el mismo para los

distintos niveles de gravedad. Se añade confusión y llevará a que, utilizar 2 de 11 criterios, no sea correcto en todos los casos para el diagnóstico, incrementándose artificialmente el porcentaje de personas con el trastorno. Esto va a ocurrir sobre todo en personas jóvenes. Además, estos criterios olvidan las características del inicio en el consumo de cualquier sustancia (donde la intoxicación, la tolerancia y el síndrome de abstinencia son característicos), sobre todo en jóvenes; y a que el DSM-5 se ha olvidado de la relevancia de las variables sociales, contextuales y psicológicas que se relacionan con el inicio del consumo de sustancias (Becoña, 2002). Por ello, en el caso del alcohol, y del tabaco (donde antes en este no había el diagnóstico de abuso), como en otras drogas (ej., cannabis), la prevalencia con el DSM-5 va a incrementarse de modo significativo. Esto llevará a la estigmatización de personas “normales” o, simplemente, no aceptar el diagnóstico en los casos límites o dudosos.

-La introducción del *craving* como criterio diagnóstico queda ambiguo, se considera que el *craving* puede ser un objetivo del tratamiento biológico (una perspectiva no psicométrica) prevalece finalmente.

-Se pierde la oportunidad de hacer tipologías de adictos, que se muestran útiles en la clínica, y que integran la tan habitual comorbilidad asociada. Estudios como el de Moss, Chen y Yi (2007), en la dependencia del alcohol, como se ha hecho en otras sustancias, indica que es posible hacerlo, como ya se ha hecho en otros trastornos (Ej., en los tipos de esquizofrenia, tipos de trastorno bipolar, etc., del propio DSM-5).

-Es difícil distinguir si la persona tiene un trastorno de sustancias por un consumo de un fármaco recetado o pautado, o si lo hace como automedicación por su cuenta o por presentar una adicción (ej., morfina), la pregunta reside en qué casos se hace el diagnóstico y en qué casos no, cómo poder diferenciarlo.

Con respeto a las críticas recibidas, se argumenta que los cambios se han fundamentado en la evidencia empírica disponible, que para su realización se ha contado con el asesoramiento de distintos expertos que componían los grupos de trabajo, estudiando todas las propuestas realizadas y que realizará un proceso de revisión constante del sistema de clasificación DSM. La comunidad científica pide cautela a la hora de opinar sobre el resultado de su publicación, habrá que dar tiempo para comprender en profundidad y de forma reflexiva la repercusión de los cambios, así como detectar las insuficiencias que puedan reflejarse en el campo clínico con el objetivo de seguir revisando y mejorando de cara a un futuro.

CAPÍTULO 3. EPIDEMIOLOGIA EN DROGODEPENDENCIAS

El consumo de drogas y las consecuencias que acarrea tanto en el individuo como en la sociedad en general, es un grave problema a nivel social y sanitario que afecta no sólo a nivel nacional, sino internacional. De ahí la gran preocupación por parte de todas las organizaciones involucradas en la lucha contra las drogas, con importantes esfuerzos en la prevención, planificación y ejecución de medidas destinadas a frenar la drogodependencia y sus manifestaciones. Hay países que sostienen la opinión que nos encontramos en un momento en el que se han realizado grandes avances en frenar la demanda de drogas ilícitas, no obstante, el uso indebido de sustancias adictivas continúa creciendo en todo el mundo y en particular, en algunos países ha aumentado en forma extraordinaria.

Actualmente, los usuarios de drogas tienen acceso a una gran variedad de sustancias adictivas y las tendencias sociales se propagan a gran velocidad, principalmente entre los jóvenes debido a una mayor información y mejores comunicaciones, un hecho que es visible a nivel mundial. Según los estudios y encuestas realizadas, el inicio del consumo de sustancias se sitúa en la adolescencia, siendo el colectivo al que repercute en mayor medida la drogodependencia donde comienzan a consumir sustancias como el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, droga de síntesis, y en menor medida incluso heroína. Esta población se encuentra en una etapa de fragilidad y vulnerabilidad al estar predispuesta a probar nuevas cosas y asumir riesgos, riesgos que a la larga se refleja en el empeño de sus vidas a cambio de las drogas.

El campo de la epidemiología del uso de drogas se centra en el estudio específico a nivel estadístico para conocer la situación epidemiológica de una determinada enfermedad o problema de salud, en el tema que nos ocupa de drogas, podemos acudir a las estadísticas sanitarias que mediante sus estudios y encuestas contribuye al conocimiento de la magnitud y al impacto del problema del consumo de drogas y cómo afecta a la sociedad actual por tal de poder orientar las acciones socio-legal-sanitarias necesarias y adecuadas.

En este apartado se muestra una visión general a nivel mundial del estado de la prevalencia del consumo de sustancias en el momento actual, así como repasar cuál es la tendencia de consumo en Europa para después de manera más específica observar la situación en la que se encuentra España, donde se revisa cada una de las sustancias

legales e ilegales prestando especial atención en el recorrido de la evolución de la prevalencia en los últimos años, frecuencias de consumo de sustancias junto a la tendencia diferencial en cuanto a sexo y tramos de edad, edad de inicio, etc. tanto en sustancias legales como ilegales. A continuación se muestran otras cuestiones de interés como el perfil de consumidores admitidos a tratamiento, percepción de riesgo y disponibilidad percibida de la población general, así como las acciones llevadas a cabo contra las drogas. En el último apartado de esta sección se ofrece una panorámica del estado actual de drogas en la Comunidad de Castilla La Mancha, desde donde se extrae la muestra de población utilizada en la presente tesis doctoral.

3.1. Perspectiva mundial de consumo y tendencias actuales

En el Informe Mundial sobre Drogas 2013, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), destaca la estabilidad en el uso de drogas tradicionales, como la heroína y la cocaína, aunque con un ligero aumento debido al aumento poblacional. Las organizaciones mundiales en tema de salud pública, se muestran con cierta preocupación por la aparición y el crecimiento del mercado de las nuevas sustancias psicoactivas del que se desconocen sus efectos secundarios, de hecho, *El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS - Early Warning System)* en el Informe Europeo sobre Drogas (2014), informa de que, en 2013, fueron notificadas 81 nuevas sustancias psicotrópicas por los Estados Miembros de la Unión Europea a través del EWS. De estas sustancias, 29 eran cannabinoides sintéticos, 13 nuevas fenetilaminas, 7 catinonas sintéticas, 1 triptamina, 1 piperacina y otros 30 compuestos no encajaban en los grupos químicos fácilmente reconocidos (incluidas plantas y medicamentos). Comercializadas como "drogas legales" y "drogas de diseño", las nuevas sustancias psicoestimulantes (NSP) están proliferando a un ritmo sin precedentes y presentan desafíos imprevistos en el área de la salud pública.

El abuso de medicamentos recetados también ha aumentado a nivel mundial, lo que preocupa de forma importante, más del 60% de los países comprendidos en el informe clasifica esas sustancias entre los tres primeros tipos objeto de uso indebido. La publicación del Informe Mundial sobre las Drogas 2013 marca el primer paso en el camino a la revisión de la Comisión de Estupefacientes de la Declaración Política y el Plan de Acción en 2014. Además, en 2016 la Asamblea General de las Naciones Unidas realizará una Sesión Especial sobre el tema de las drogas.

En otro orden de cosas, el consumo de drogas ilegales por inyección y el VIH sigue siendo un problema de salud pública. La prevalencia de personas que se inyectaban con respecto a las que se inyectan y además estaban afectadas por el VIH en el 2011 parecía ser más bajo de lo que se había estimado anteriormente, se calcula que 14,0 millones de personas de 15 a 64 años de edad se inyectan drogas, mientras que 1,6 millones de personas que se inyectan drogas están aquejadas del VIH, lo que refleja una disminución del 12% del número de personas que se inyectan drogas y del 46% de las que se inyectan drogas y están afectadas por el VIH desde las estimaciones efectuadas en 2008. En 2011, la mortalidad relacionada con las drogas se estimó en 211.000 de personas, siendo la mayoría de esas muertes correspondiente a una población joven, por lo que podría haberse prevenido. Los opiáceos continúan siendo el grupo de sustancias adictivas que acarrear mayor mortalidad. Continua siendo amplia la escasa prestación de servicios de tratamiento de la drogodependencia (1 de cada 6 había recibido tratamiento).

Con respecto a la tendencia seguida a nivel mundial (UNODC) y en relación a las sustancias se aportan los siguientes datos:

Opiáceos: En Europa, concretamente, existen indicios de que el consumo de heroína disminuye, a causa de una serie de factores, como el envejecimiento de la población de consumidores en tratamiento y el aumento de la interceptación de los suministros. No obstante, en algunas partes de Europa se sigue informando del uso de opioides de venta con receta para fines no médicos, así como en la parte de Asia sudoccidental y central como América del norte, el consumo ha aumentado.

La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de opiáceos en la población general es del 0,37% entre los adultos. Las tasas son mayores en los hombres que en las mujeres (0,49% frente al 0,26%) con un ratio de 1,5:1 para los opiáceos distintos a la heroína (receta médica) y 3:1 para la heroína. La prevalencia disminuye con la edad, el pico se sitúa a los 29 años (0,82%) y el mínimo de los 65 años en adelante (0,09%). Entre los adultos, la prevalencia es menor entre los afroamericanos y con una representación mayor entre los nativos americanos (1,25%), consumo medio en los blancos (0,38%), los asiáticos o los isleños del Pacífico (el 0,35%) y los hispanos (0,39%). En Estados Unidos, la prevalencia total del trastorno a los 12 meses en la población general entre los 12 y 17 años es de un 1% aunque la prevalencia del trastorno por consumo de heroína es menor al 0,1%. En Europa, la prevalencia a los 12

meses del consumo de opiáceos en la población general entre 15 y 65 años es de entre 0,1-0,8%, y situándose la prevalencia media de consumo problemático de opiáceos en la Unión Europea y Noruega entre el 0,36-0,44%. (APA, 2014).

Cocaína: Aumento de las hectáreas de cultivo de cocaína en el 2011, de sin cambios respecto del año anterior, pero un 14% por debajo de 2007 y un 30% menos que en 2000. Las mayores incautaciones de cocaína del mundo (sin ajustar la pureza) se siguen notificando en Colombia y los Estados Unidos. Sin embargo, se han observado aumentos en Asia, Oceanía y América Central y del Sur y el Caribe. En América Central, la mayor competencia en el tráfico de cocaína ha dado lugar a niveles de violencia crecientes. En el caso de América Latina, la mayor parte del aumento parece obedecer a efectos de “desbordamiento”, ya que la cocaína se consigue fácilmente y es relativamente barata a causa de la proximidad de los países productores. En América del Norte, las incautaciones y la prevalencia han disminuido considerablemente desde 2006 (con la excepción de un repunte de las incautaciones en 2011). De 2006 a 2011, el consumo de cocaína entre la población de los Estados Unidos en general se redujo en un 40%, lo que está vinculado en parte a la menor producción en Colombia, a la intervención de los órganos encargados de hacer cumplir la ley y a la violencia entre los carteles.

La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de cocaína en Estados Unidos es del 0,2% entre los 12 y 17 años y de un 0,3% para las personas mayores de 18 años. Las tasas son mayores en los hombres que en las mujeres (0,4% frente al 0,1%). La prevalencia es mayor entre los 18 y 29 años y menor entre los 45 y los 65 años (0,6 % frente a 0,1%). En los adultos es mayor entre los indígenas estadounidenses (0,8%) en comparación con los afroamericanos (0,4%), los hispanos (0,3%), los blancos (0,2%) y los asiáticos americanos y de las islas del pacífico (0,1%). En contraposición, el rango de edad entre los 12 y 17 años, las tasas son similares entre los hispanos, blancos, y asiáticos americanos y de las islas del Pacífico (0,2% cada uno de ellos) y los afroamericanos menor (0,02%) y ausente en los nativos americanos y de Alaska (APA, 2014).

Hipnosedantes o ansiolíticos: La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de esta sustancias, se estima en el 0,3% entre los 12 y los 17 años de edad y en el 0,2% entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas del trastorno son ligeramente mayores entre los hombre adultos (0,3%) que entre las mujeres aunque en el rango de 12 a 17 años de edad, la tasa de las mujeres supera a la de los hombres (0,4% vs. 0,2%).

La tasa del trastorno disminuye en función de la edad y es mayor entre los 18 y 29 años (0,5%) y más baja entre las personas mayores de 65 años (0,04%). La prevalencia a los doce meses varía en los subgrupos raciales y étnicos de la población de Estados Unidos. En los adolescentes de 12 a 17 años, las tasas son mayores entre los blancos (0,3%) en relación a los afroamericanos (0,2%), los hispanos (0,2%), los nativos americanos (0,1%), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (0,1%). Entre los adultos, la prevalencia a los 12 meses es mayor entre los nativos americanos y los nativos de Alaska (0,8%), con tasas de aproximadamente el 0,2% entre los afroamericanos, los blancos y los hispanos, y del 0,1% entre los asiáticos americanos y los isleños del Pacífico (APA, 2014).

Alcohol: En Estados Unidos, la prevalencia a los 12 meses se estima en un 4,6% en adolescentes de 12 a 17 años y un 8,5% en los adultos mayores de 18 años. Las tasas del trastorno son mayores en los hombres adultos (12,4%) que en las mujeres (4,9%). La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de alcohol en los adultos disminuye en la madurez y alcanza la tasa más elevada entre los 18 y 29 años (16,2%) , y la mínima en las personas con más de 65 años (1,5%). Existen diferencias con respecto al subgrupo racial/étnico de la población norteamericana. De los 12 a 17 años, las tasas son superiores en los hispanos (6%) mientras que en los americanos nativos y de Alaska (5,7%), en comparación con los blancos (5%), los afroamericanos (1,8%) y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (1,6%). Por el contrario, en la edad adulta, esta prevalencia es claramente mayor entre los americanos nativos y de Alaska (12,1%) que entre los blancos (8,9%), los hispanos (7,9%), los afroamericanos (6,9%) y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (4,5%) (APA, 2014).

Cannabis: Esta sustancia continúa siendo la más consumida en el mundo, registrándose un aumento de la prevalencia en el 2011 en comparación con anteriores estimaciones (3,9%) de la población entre los 15 a los 64 años. También se han observado incrementos en las superficies de cultivo en el continente americano. En Europa aumentaron las incautaciones de hierba de cannabis y se han estabilizado las de resina e incluso disminuido en los países productores (Afganistán y Marruecos).

3.2. Epidemiología de drogas en España

La Estrategia Nacional sobre Drogas, vigente desde el años 2009 al 2016 y el Plan de acción sobre drogas 2013-2016 desarrollado, se enmarcan dentro de la recientemente aprobada “Estrategia de la U.E. en materia de lucha contra la droga 2013-

2020” (Consejo Europeo, 2013) y donde se acoplan perfectamente las distintas estrategias, planes y actuaciones de las distintas Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas. Todas estas acciones presentan un objetivo común y es el intento de avanzar y atajar el problema de las drogodependencias.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 elaboró dos Planes de Acción, uno para el primer periodo 2009-2012 y el segundo para el periodo 2013-2016. El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 contempla 36 acciones agrupadas en 6 ejes: Coordinación, reducción de la oferta y demanda, mejora del conocimiento, formación y coordinación internacional.

Como principios básicos del Plan de Acción, se encuentran:

- la coherencia presupuestaria y optimización de los recursos, esto va dirigido no sólo a un ajuste económico de las posibilidades del momento, sino también a una mejor y mayor rentabilización de los recursos ya existentes, así como la mejora del intercambio de experiencias, coordinación y colaboración de los servicios y programas como forma de impulsar la calidad de los mismos.

- la coordinación inter e intra-sectorial con liderazgo participativo encaminado a la coordinación entre los diferentes actores implicados (administraciones, sociedad civil, expertos) y acciones, tanto estructurales como transversales) de cara a que los avances y logros redunden en cada una de ellas con las que tienen relación.

- la factibilidad y relevancia de las acciones con el objetivo de configurar un número de acciones adecuado, preciso y necesario en los que concentrar el trabajo.

- y por último, la calidad de los procesos y productos desarrollados resultado de la rentabilización y mejora de recursos y acciones, donde se dispone de indicadores de calidad para conocer tanto los progresos como las desviaciones de la planificación de cada acción.

Estos principios estratégicos van acompañados de una serie de premisas básicas como una visión trasversal con enfoque de género atendiendo a la especificidad de la mujer, la garantía por parte de la Administración del Estado de la equidad o igualdad de acceso a los programas y servicios, por parte de todos los ciudadanos, y por último, el respecto de la atribución de competencias otorgadas a las comunidades autónomas y corporaciones locales.

Desde la Delegación del gobierno que pertenece al ministerio de sanidad fruto del Plan nacional de Drogas, el Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías (OEDT, 2013) cuenta con un sistema de Información de amplia e ininterrumpida serie

temporal que nos permite conocer la evolución de los patrones de consumo de distintas drogas en nuestro país. Este Sistema se articula en torno dos grandes encuestas de carácter bienal: ESTUDES que es una encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (estudiantes de 14-18 años de edad, se realiza desde 1994) y EDADES que es una encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (en población general residente en hogares de 15-64 años de edad, desde 1995).

Es interesante recoger en este apartado los resultados obtenidos por la encuesta sobre alcohol y drogas realizada por EDADES, ya que el presente estudio se centra en personas adultas que se sitúan en el rango de edad entre los 18 y 65 años.

Los datos recogidos por EDADES sigue la misma metodología que es utilizada por los países de la Unión Europea y Estados Unidos, esta situación nos permite establecer comparaciones entre unos países y otros, conociendo por tanto, datos específicos de la epidemiología a nivel mundial.

De entre los objetivos de EDADES se presenta el acceder a información para facilitar el diseño y evaluación de las acciones dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas que se derivan del mismo. Como objetivos específicos se encuentran el conocer la prevalencia de consumo de cada una de las sustancias adictivas así como su evolución en el tiempo, las características sociodemográficas, patrones de consumo, disponibilidad y riesgo percibido, opinión de la población acerca de la importancia de estos problemas y las medidas que se consideran más adecuadas para disminuirlos.

Aportando datos más concretos, cabe decir, que los datos de las encuestas son recogidos mediante cuestionarios aplicados por el entrevistador y autoadministrados que se realizan en el domicilio de las personas encuestadas. La población encuestada procede del ámbito urbano y rural de todas las comunidades y ciudades autónomas españolas. El tamaño de la muestra es de 22.128 cuestionarios válidos y en cuanto al procedimiento, se realiza muestreo por conglomerados trietápido sin sustitución (OEDT, 2011).

3.2.1. Drogas legales y médicas: alcohol, tabaco e hipnosedantes

- **Alcohol**

El consumo de alcohol se encuentra totalmente extendido en la sociedad española. El inicio en el consumo de alcohol y según la tendencia desde 1997 se sitúa en los 16 años de edad. En el 2013 el 93,1 % de la población española entre los 15 y 64

años ha consumido alguna vez en la vida, el 78,3% en el último año, el 64,4% en el último mes, y el 9,8 % consume alcohol de forma diaria. Lo que en un principio pareció una ligera disminución del 2009 al 2011, en el 2013 los valores se elevan ligeramente situándose en similares valores al 2009, excepto en el consumo diario de alcohol que se establece como tendencia a la baja del 2009 al 2013 (prácticamente un punto porcentual más bajo) (Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol y edad media en el inicio del consumo en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2013)

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	90,7	87,3	89	88,6	93,7	88	94,2	90,9	93,1
Últimos 12 meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3
Últimos 30 días	64	61,8	63,7	64,1	64,6	60	63,3	62,3	64,4
Diariamente en los últimos 30 días	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11	10,2	9,8
Edad media de inicio en el consumo	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Respecto a las frecuencias temporales estudiadas y para todos los tramos de edad, el hombre presenta mayores prevalencias de consumo de alcohol que la mujer aunque mostrando mayor similitud en el tramo que va desde 15 a los 24 años de edad, y menor en el tramo que va de los 55 a los 64 años de edad. El consumo de alcohol diario aumenta conforme aumenta la edad, independientemente del sexo, alcanzando una prevalencia de un 32,5% en los hombres de entre 55 y 64 años y de un 10,5 % en las mujeres (Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Prevalencia de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes) (2011).

	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alguna vez en la vida	88,1	84,5	94,0	89,0	94,7	89,0	95,6	89,6	96,5	84,6
Último año	81,9	75	85,9	72,8	84,1	71,6	83,5	69,7	79,2	59,5
Último mes	67,3	56,5	74,9	54,4	74,6	50,8	74,6	53,0	72,2	41,2
Diario en el último mes	2,2	1,0	7,3	2,1	13,8	4,3	21,9	7,1	32,5	10,5
Nunca	11,9	15,5	6,0	11,0	5,3	11,0	4,4	10,4	3,5	15,4

Tomada de OEDT (2011). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

A continuación se presta atención a tres tipos de patrones de consumo: intoxicaciones etílicas, consumo por atracón (*binge drinking*) y bebedores de riesgo, atendiendo a distintos tramos de edad y atendido a diferencias de género.

En relación a las intoxicaciones etílicas agudas, el tramo de edad donde aparece una mayor prevalencia se sitúa entre los 15 y 34 años, siendo mayor en los hombres que en las mujeres (41,3% frente a 23,5%), y observándose una disminución en el 2011 en relación al 2009 en todas las franjas de edad y sexo. (Tabla 3.3).

Tabla 3.3. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses, según edad y sexo, en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2013).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Hombres 15-34 años	39,1	38,3	36,3	40,7	40,3	38,9	44,0	41,3
Mujeres 15-34 años	19,1	19,6	18,1	21,0	20,9	23,2	25,9	23,5
Hombres 35-64 años	16,5	16,6	18,3	20,2	17,1	15,2	21,2	16,2
Mujeres 35-64 años	4,1	3,6	4,9	6,3	5,5	5,0	8,8	5,9

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En cuanto al consumo en atracón que se refiere a 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas, la tendencia es similar al año

2009, siendo en 2011, el 15,2% de los encuestados de entre 15 y 64 años ha realizado *binge drinking* en el último mes, siendo mayor la proporción en hombres (20,7%) en relación a las mujeres (9,5%), mostrando una razón hombre/mujer de 2,17. La cifra total nacional asciende ligeramente debido al incremento de un punto porcentual ente las mujeres (8,6% en 2009 a 9,5% en 2011) (OEDT, 2011). Desglosando la población según sexo y edad, la proporción de hombres que ha realizado un consumo de atracón de alcohol en el último mes con mayores niveles es de 35,6% entre los 20 y 24 años, así como en el caso de las mujeres un 19,9%, siendo en el caso de los hombres mayores con una diferencia de 15,7 puntos porcentuales (Tabla 3.4). Según la encuesta realizada por la OED, si en vez de utilizar como referencia la población general de 15 a 64 años, se analiza el *binge drinking* entre aquellas personas que han consumido alcohol en el último mes, la cifra asciende hasta alcanzar el 24,5% (28,5% en hombres y 18,6% en mujeres), lo que significa que una de cada cuatro personas que ha consumido alcohol en el último mes, lo ha hecho en forma de atracón. En este caso, la razón hombre/mujer desciende hasta 1,5 (OEDT, 2011).

Tabla 3.4. Prevalencia de consumo en atracón* de bebidas alcohólicas (*binge drinking*) en los últimos 30 días, según edad y sexo, en la población de 15-64 años (porcentajes) (2011).

Tramo edad	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Hombres	21,8	35,6	31,0	24,4	22,5	20,4	13,2	15,6	16,7	6,5
Mujeres	17,2	19,9	17,4	11,1	8,2	7,8	5,6	4,0	3,7	3,9

* 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Por último, con respecto a los “bebedores de riesgo” (hombre que consume, por término medio, 50cc. o más de alcohol puro/día o mujer que consume, por término medio 30cc. o más de alcohol puro/día, se registra una prevalencia total de 4,1% (4,5% en hombres y 3,5% en mujeres) en la población española de 15 a 64 años (que resulta ligeramente menor que la registrada en 2009) (Tabla 3.5).

Tabla 3.5. Prevalencia de bebedores de riesgo * según sexo y edad (porcentajes) en la población de 15-64 años (2011)

	Hombre	Mujer	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Bebedores de riesgo	4,5	3,5	4,1	4,3	4,3	3,6	4,3	4,2

*Bebedor de riesgo (hombre que consume 50cc o mujer que consume 33 cc o más de alcohol puro/día por término medio)

Tomada de Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En resumen, los datos ofrecidos por el Observatorio Español de Drogododpendencias, muestran una tendencia suavemente descendente del consumo de alcohol en la población española de 15 a 65 años. En cuanto a diferencias por género, los hombres continúan presentando mayor prevalencia de consumo que las mujeres, tanto en grupos de edad como en patrones de consumo (intoxicaciones etílicas, consumo de atracón o *binge drinking* y bebedores de riesgo). Con respecto a estos tres patrones de riesgo, se observan también ligeras disminuciones con respecto a los datos registrados en 2009 (para mayor profundidad ver datos de la encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES-2009).

- **Tabaco**

Tendencia estable de la prevalencia de consumo diario de tabaco en todos los rangos de edad y en ambos sexos. En el año 2013, el 73,1 % de las personas de entre 15 y 64 años en España han consumido tabaco al menos una vez en la vida (Tabla 3.6). Aunque en el 2011 se vislumbraba una disminución con respecto al 2009 de 3,3 puntos, en el 2013 se observa un ligero ascenso, no obstante, continua siendo menor al 2009 en 1,9 puntos y mayor a años anteriores donde no se alcanzaba el 70% de la población encuestada. En cuanto al consumo de tabaco en los últimos 12 meses, la prevalencia desciende al 40,7% en el 2013, lo que supone el 56% de las personas que han consumido tabaco alguna vez en la vida, siendo el nivel de prevalencia más bajo de toda la evolución temporal analizada desde 1997 a 2013 (exceptuando la prevalencia del 2011 similar a la actual). Esta situación también se repite tanto en el indicador de consumo de tabaco en el último mes y diariamente, son valores que descienden en relación a la evolución temporal, tanto en el 2011 como en el 2013 (30,4 y 30,8 respectivamente) (Tabla 3.6).

La edad media de inicio en el consumo, fue de 16,4 años en 2013, manteniéndose constante en el tiempo, mientras que la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco sigue tendencia a la disminución, y se sitúa en 18,6 años (frente a 19,3 años registrado en el 2009) (Tabla 3.6).

El consumo diario de tabaco se presenta más prevalente en los hombres en ambos tramos de edad. De entre los 15 y 34 años de edad la prevalencia es de un 33,9% frente a un 28,5% en las mujeres, y en el tramo de 35 a 64 años, 34,2% en los hombres y un 25,6% en las mujeres, lo que arroja una diferencia de 5,4 puntos de diferencia en el primer tramo de edad y 8,6 puntos en el segundo tramo, es decir, existe una mayor

prevalencia diferencial entre los 35 y 64 años de edad por género. Asimismo, conforme aumenta la edad en los hombre, aumenta la prevalencia del consumo diario de tabaco, mientras que en las mujeres la tendencia es la contraria, a medida que aumenta la edad disminuye la prevalencia diaria de consumo de tabaco (Tabla 3.7).

Tabla 3.6. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes)(1997-2011).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1
Últimos 12 meses	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7
Últimos 30 días	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3
Diariamente en los últimos 30 días	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8
Edad media de inicio en el consumo	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4
Edad media de inicio de consumo diario	–	–	–	–	–	–	19,3	18,5	18,6

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Según la OEDT (2011), el consumo diario medio de cigarrillos, entre los españoles de entre 15 y 64 años en el último mes, es de 13,6 cigarrillos, donde el hombre fuma más cantidad diaria (14,6 cigarrillos) que la mujer (12,3).

Tabla 3.7. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco, según edad y sexo, en la población de 15-64años (porcentajes) (1997-2011).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Hombres 15-34 años	41,4	36,3	39,8	40,0	37,1	31,5	35,9	33,9
Mujeres 15-34 años	36,5	34,2	36,4	36,8	33,0	29,7	28,0	28,5
Hombres 35-64años	44,0	39,5	41,8	43,7	36,9	33,9	36,4	34,2
Mujeres 35-64 años	19,1	25,1	25,9	27,0	25,3	24,4	26,7	25,6

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

- **Hipnosedantes**

El término hipnosedantes, se refiere a fármacos como *lexatín*, *orfidal*, *noctamid*, *trankimazín*, *rohipnol*, *tranxilium*, *diacepam*, *valium*, *zolpidem*, hipnóticos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc. Los sedantes a menudo se utilizan para aliviar los efectos no deseados de otras sustancias. Es preciso señalar que los consumos de este tipo de sustancias hipnosedantes (con o sin receta) ambos grupos se analizan conjuntamente en la encuesta de EDADES. Estos fármacos, de acuerdo a la legislación española vigente, son suministrados bajo prescripción facultativa.

Junto con el alcohol y el tabaco, los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que han registrado un aumento de su prevalencia de consumo de forma progresiva y creciente en los últimos años. Se registran sólo desde el año 2005, por lo que la serie histórica es más corta que para el resto de sustancias psicoactivas analizadas en la encuesta EDADES.

La edad media de inicio al consumo de hipnosedantes se sitúa en los 35,2 años; ha venido mostrando un aumento mantenido y es la más elevada de la serie histórica correspondiente a estas sustancias, desde el 2005 (33,8 años) hasta el 2013 (35,2 años) en progresión ascendente. Esta tendencia se observa en cada uno de los parámetros medidos de prevalencia donde se pasa de un 8,7 a un 22,2 desde el 2005 al 2013, las personas que refieren consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida.

Tabla 3.8. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2011).

	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2
Últimos 12 meses	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2
Últimos 30 días	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9
Diariamente en los últimos 30 días	—	3,1	2,7	4,6	6,8
Edad media de inicio en el consumo	—	33,8	34,5	34,5	35,2

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En el último año el consumo de hipnosedantes pasa de 5,1 en el 2005 a 12,2 en el 2013 lo que supone el doble de la registrada inicialmente. Lo mismo sucede en la prevalencia registrada en el consumo en los últimos 30 días donde en el 2005 se muestra un 3,7 que incrementa en más de 30 puntos de prevalencia situándose en un 6,8 en el 2013 según los datos registrados. Atendiendo a la prevalencia diaria se registra un 3,1 en 2007 al 6,8 en el 2013 (Tabla 3.8).

La diferenciación de los datos por sexo muestra que el consumo se encuentra más extendido entre las mujeres tanto en hipnosedantes, tranquilizantes como somníferos, todos con o sin receta. Asimismo, se muestra la razón mujer/hombre es prácticamente igual a 2 en las tres sustancias. Las prevalencias de consumo durante el último mes (15-64 años) alcanzan también cifras en mujeres (11,4%) que doblan las obtenidas entre los hombres (5,2%). (Tabla 3.9).

Tabla 3.9. Prevalencia de consumo de hipnosedantes (con o sin receta) en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes) (2011)

	15 A 64 AÑOS			15 A 34 AÑOS			35 A 64 AÑOS		
	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes* con o sin receta									
Alguna vez	19,5	13,7	25,4	12,1	8,9	15,4	24,1	16,7	31,5
Último año	11,4	7,6	15,3	6,3	4,8	7,9	14,5	9,3	19,8
Último mes	8,3	5,2	11,4	3,4	2,6	4,2	11,3	6,9	15,7
Tranquilizantes con o sin recetas									
Alguna vez	17,1	11,9	22,3	10,7	7,7	13,8	21,0	14,5	27,5
Último año	9,8	6,4	13,2	5,5	4,1	7,1	12,4	7,9	16,9
Último mes	6,9	4,4	9,6	2,8	2,1	3,6	9,5	5,8	13,2
Somníferos con o sin receta									
Alguna vez	7,9	5,5	10,2	3,9	3,3	4,6	10,3	6,9	13,6
Último año	4,4	3,1	5,9	2,0	1,7	2,4	5,9	3,9	8,0
Último mes	3,4	2,1	4,7	1,3	1,0	1,5	4,7	2,9	6,6

* Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

Tomada de OEDT (2011). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En relación a las diferencias por sexo, en el consumo de hipnosedantes se observan prevalencias superiores conforme aumenta la edad. En el 2011, la prevalencia es más elevada en el grupo comprendido entre los 35 y 64 años en cuanto al consumo en el último año para las tres sustancias (hipnosedantes, tranquilizantes y somníferos) con o sin receta (Tabla 3.9).

En la Tabla 3.10, se muestra la evolución temporal de consumo de hipnosedantes sin receta, se observan disminuciones progresivas. En 2011, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta es de 1,2%. Como ocurre con los hipnosedantes (con o sin receta), se encuentra más extendido entre las mujeres (0,6%) que entre los hombres (0,2%) (Tabla 3.11).

Tabla 3.10. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de hipnosedantes* (sin receta) en la población de 15-64años (2003-2011).

	2003	2005	2007	2009	2011
Últimos 12 meses	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Con respecto al consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses en la franja de edad de 15 a 64 años, se muestra superior la prevalencia entre los años 35 y 44 años en los hombres (1,7) y en las mujeres entre los grupos de edad 35-44 y 45-54 con mayor prevalencia (1,6), siendo similar en ambos sexos.(Tabla 3.11).

Tabla 3.11. Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (sin receta) en los últimos 12 meses en la población de 15-64años, según grupo de edad y sexo (porcentajes) (2011).

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Hombres	1,2	1,4	1,7	0,9	0,2
Mujeres	1,1	1,2	1,6	1,6	0,6

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

Tomada de OEDT (2011). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

3.2.2. Drogas ilegales: cannabis, cocaína, estimulantes, heroína y policonsumo

En la población general española, el consumo de drogas ilegales se encuentra extendido al cannabis en mayor proporción, seguido de la cocaína y el consumo de heroína se muestra con tendencia descendente. Se muestran datos también en relación al patrón de consumo de varias sustancias indistintamente.

- **Cannabis**

Se puede afirmar que en los últimos años, el consumo de cannabis se va extendiendo entre la población española y europea donde han aumentado las demandas de tratamiento para los trastornos por consumo de cannabis, así como un aumento a los trastornos asociados a su consumo. Estos consumidores que se muestran experimentales u ocasionales en su mayoría jóvenes se encuentran en situación delicada debido al deterioro académico y laboral que el consumo continuado implica.

La edad media de inicio se mantiene estable, entorno a los 18 años, donde la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida se sitúa en un 30,4% mostrándose un incremento con respecto a los últimos años, indicando una ruptura de esta tendencia en 2011 (27,4%), siendo necesario esperar a futuras ediciones de la encuesta para poder confirmarla, no ocurriendo así en los consumidores habituales en los últimos 30 días (6,6%) y en el último año (9,2%) donde la tendencia se sitúa a la baja (Tabla 3.12).

Tabla 3.12. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2013).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4
Últimos 12 meses	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2
Últimos 30 días	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6
Diariamente en los últimos 30 días	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,7	2,0	1,7	1,9
Edad media de inicio en el consumo	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En la prevalencia del consumo en el último mes, tanto la franja de edad comprendida entre los 15 a los 24 como la franja de los jóvenes comprendidos entre 25

y 34 años son los que presentan un consumo mayor de cannabis con respecto a las distintas franjas seleccionadas de edad, mostrando una mayor consumo en el caso de los hombres con respecto a las mujeres, siendo la diferencia porcentual (10.9 vs.10.6) mayor en cuanto al sexo en el grupo de edad de 15 a 24 años. Otro dato a destacar es que conforme aumenta la edad, disminuye la diferencia de la prevalencia de consumo entre hombres y mujeres. (Tabla 3.13).

Tabla 3.13. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad y sexo (porcentajes) (2011).

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Hombres	20,0	16,2	9,6	3,9	1,4
Mujeres	9,1	5,6	2,9	1,7	0,8

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

• Cocaína

La cocaína en general sea consumida en polvo y/o base es, después del cannabis, la de mayor prevalencia de consumo en España, entre las personas de 15-64 años de edad. En el 2013, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de un 10,2, se registra un 2,1 la prevalencia de consumo en el último año y de 1 en los últimos treinta días en el consumo de cocaína en polvo, siendo la media de edad de inicio los 21,3 años. Son datos similares a los registrados en el 2011. Si la cocaína es consumida en base (crack) los datos de prevalencia son menores a los observados en forma de cocaína en polvo, siendo la prevalencia de 0,9 el consumo alguna vez en la vida, 0,2 en los últimos meses y 0,1 en el último mes, siendo la edad de inicio de consumo los 22,4 años en el año 2011.

En relación a la evolución temporal desde el 1997 al 2013 y en relación al consumo en polvo de la cocaína, se observa un descenso ligero y progresivo en el consumo en los últimos 12 meses y en el último mes.

Los consumidores problemáticos de cocaína suelen utilizar más frecuentemente la vía nasal y pulmonar para su consumo. La tendencia es utilizar la cocaína en polvo por vía nasal, siendo la edad media de inicio los 21,3 años de la cocaína en polvo, siendo la tendencia el inicio del consumo más tardía con resto años anteriores, siendo de 22,4 años el inicio del consumo de cocaína base por vía pulmonar principalmente. (Tabla 3.14 y Tabla 3.15).

Tabla 3.14. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (porcentajes) (1997-2013).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2
Últimos 12 meses	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1
Últimos 30 días	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0
Edad media de inicio en el consumo	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Tabla 3.15. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base y edad media de inicio en el consumo de cocaína base en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2011).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9
Últimos 12 meses	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2
Últimos 30 días	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1
Edad media de inicio en el consumo	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Al considerar la edad y en relación al sexo, las prevalencias más altas se observan en el grupo de edad de 25 a 34 años en los hombres y entre los 15 y 24 años en las mujeres (5,9 vs.1,9). Aun así, comparando la prevalencia mayor en el grupo de edad, en el caso de los hombres españoles, la prevalencia es mayor que en las mujeres. Conforme aumenta la edad disminuye la prevalencia del consumo de cocaína en cualquier forma en ambos sexos. La mayor diferencia entre prevalencias hombre-mujer se encuentra en el grupo de edad de 25 a 34 años, con 4,6 puntos porcentuales. (Tabla 3.16).

Tabla 3.16 .Prevalencia de consumo de cocaína general (base y/o polvo) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes) (2011).

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Hombres	5,0	5,9	4,2	1,7	0,5
Mujeres	1,9	1,3	0,9	0,5	0,0

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

- **Éxtasis, anfetaminas y alucinógenos**

Al considerar las sustancias denominadas estimulantes, es decir, las que hacen referencia a éxtasis, anfetaminas y alucinógenos, los datos de la Tabla 3.17 muestran una tendencia descendente iniciada en 2001 que parece consolidarse para todas estas sustancias en ambos sexos. Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas.

El mayor repunte se localizó en el 2001 en el caso del consumo de éxtasis (1,8), en el caso de las anfetaminas hubo un repunte en el 2001 y 2005 (1,1 y 1,0 respectivamente), por último en el caso de los alucinógenos el repunte se localizó en el 1997 (0,9) (Tabla 3.17).

Tabla 3.17. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2013).

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,2	0,8	0,7	0,7
Anfetaminas	1	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

- **Heroína**

Los consumos de heroína se encuentran menos extendidos en la población general en España al compararlos con el resto de sustancias psicoactivas mencionadas en párrafos anteriores.

En el año 2013, las personas que consumieron heroína alguna vez en la vida presentan una prevalencia del 0,7 y para los últimos 12 meses nos encontramos con una prevalencia mantenida de 0,1. La prevalencia es 0 para el consumo de heroína en el último mes en el 2013. Los datos recogidos no muestran cambios importantes con respecto a las ediciones previas.

En cuanto a la edad de inicio del consumo de heroína nos encontramos que comienza a los 21,5 años, siendo más tardío que en el 2011 y también es mayor con respecto al inicio del registro de encuestas que era de 20 años. (Tabla 3.18).

Tabla 3.18. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (porcentajes) (1995-2013).

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7
Últimos 12 meses	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Últimos 30 días	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Edad media de inicio en el consumo	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

• Policonsumo

El policonsumo de drogas hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas, ya sean legales o ilegales, en un periodo de tiempo concreto. Entre los consumidores de sustancias psicoactivas se está extendido el fenómeno del policonsumo en los últimos años.

Atendiendo a la prevalencia de policonsumo la mitad de la población consumidora de sustancias psicoactivas, consume un tipo concreto de drogas, mientras que la otra mitad consume al menos dos tipos diferentes de dos o más sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (Tabla 3.19).

Tabla. 3.19. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los consumidores de al menos una droga en los últimos 12 meses y últimos 30 días (2011).

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Una sola sustancia	51,9	57,1
Dos sustancias	34,7	33,2
Tres sustancias	10,0	7,8
Cuatro sustancias	2,2	1,3
Cinco o más sustancias	1,2	0,6

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En los policonsumidores, más de la mitad lo han hecho de una sola sustancia, por otro lado, el 50% restante consume más de dos o más sustancias, donde algo más de un 30 % consumen dos sustancias tanto en el último año como en el último mes. Los consumidores optan por tres sustancias de consumo en un 10% en los últimos 12 meses y un 7,8% en el último mes, mínimos porcentajes tenemos en los consumidores de cuatro, cinco o más sustancias 3,4% en el último año los que consumen cuatro, cinco o más, y un 1,9 en el último mes los que consumen cuatro, cinco o más sustancias (Tabla 3.19).

En el 2011 y en relación a los últimos 12 meses, según la OEDT, el 48,1% de la población consume varias sustancias psicoactivas (de entre 15 y 64 años), lo que conlleva que aproximadamente la mitad de la población consumidora de sustancias psicoactivas, consume exclusivamente un tipo concreto de drogas, mientras que la otra mitad consume al menos dos tipos diferentes. Atendiendo al último mes respecto a la realización de la encuesta, la proporción de personas consumidoras de sustancias psicoactivas que consumen varias sustancias o son policonsumidoras corresponde al 42,9%. Asimismo, respecto a los hábitos de policonsumo más extremos, el 2,2% de la población consumidora en el último año, ha consumido cuatro sustancias (un 1,3% de la de la población consumidora en caso de considerar el último mes) y el 1,2% al menos cinco sustancias (un 0,6% respecto al último mes).

El alcohol y tabaco se encuentra presente en prácticamente todos los tipos de policonsumo superior al 80%. Por su parte, el cánnabis también presenta una prevalencia considerable en el policonsumo de tres sustancias (62,6%), siendo aún superior al 90% cuando se consumen 4 y 5 sustancias y, por último, también es importante el consumo de tranquilizantes (más de un 30%) y somníferos (23,5%) entre los policonsumidores (Tabla 3.20).

Atendiendo a la edad de los consumidores, los jóvenes menores de 15 a 17 años realizan menos policonsumo que los de 18 años o mayor edad (39,2% frente a 48,3%), donde las personas mayores de edad no sólo pueden disponer de mayor poder adquisitivo en algunos casos, sino de mayor autonomía personal y el grado de dependencia y cronicidad es mayor. Dentro del grupo de los mayores de edad son los de 25 a 34 años los que realizan un mayor policonsumo (52,7%). Considerando las diferencias por sexo, son mínimas registrándose principalmente entre los grupos de población más joven.

En relación a algunas variables sociodemográficas en los policonsumidores en el último año, en cuanto al estado civil, los solteros policonsumen en mayor proporción (51,8%) lo que parece guardar relación con la edad de los consumidores y con las responsabilidades que el estado civil suele llevar asociadas.

Acontinuación, en la Tabla 3.20, se muestra la prevalencia de consumo de dos o más sustancias según el tipo de sustancia consumida en el último año en la población general.

Tabla 3.20. Prevalencia de policonsumo según sustancia consumida en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (2011).

	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	95,3	99,0	98,7	99,8
Tabaco	82,8	97,1	96,6	98,3
Cánnabis	5,0	62,6	95,1	95,1
Éxtasis	0,0	0,8	5,7	50,7
Tranquilizantes	14,5	30,5	36,4	43,2
Somníferos	6,4	14,6	16,1	23,8
Cocaína en polvo	0,2	4,0	54,1	82,3
Cocaína base	0,0	0,0	3,1	10,0
Anfetaminas	0,0	0,5	4,5	49,0
Alucinógenos	0,0	0,3	3,3	31,9
Heroína	0,0	0,0	0,5	8,6
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,6	7,8

Tomada de OEDT (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Al considerar el nivel de estudios alcanzado, el análisis realizado por la OEDT, no muestra diferencias entre los policonsumidores y los no policonsumidores. Se aprecian diferencias entre policonsumidores y no policonsumidores en cuanto a la

percepción subjetiva de su estado de salud, los que han policonsumido en el último año muestran una percepción subjetiva de su estado de salud más negativa que aquellos que no realizan policonsumo (3,8% de los que realizan policonsumo piensan que su estado de salud es malo o muy malo frente al 1,9% que opinan que su estado de salud es malo o muy malo entre los que no realizan policonsumo). Superior es el porcentaje de policonsumidores que refiere haber sufrido lesiones en el último año (19,6%), si se compara con los no policonsumidores (11,3%) (OEDT, 2011).

3.3 Aspectos de interés relativos a las drogas

En este apartado se contemplan aspectos relacionados con la situación actual en cuanto a las admisiones a tratamiento por Trastornos por consumo de sustancias, el riesgo y disponibilidad percibida por la población, así como las acciones llevadas a cabo contra las drogas desde los agentes y organismos en materia de drogodependencias.

3.3.1 Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

Para conocer la situación actual y tendencias del consumo de drogas es necesario disponer de información proveniente indicadores como el número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, lo que aporta información indispensable para poder diseñar y planificar las acciones propias y adaptadas a la población que demanda atención en los distintos recursos asistenciales de los que se dispone. En España desde 1987, se dispone de un Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas. Este registro se encuentra dentro de un sistema de información que se desarrolla dentro del marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

En 2011, se registraron en España 50.281 admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (Tabla 3.21). El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido algunos cambios a lo largo del tiempo, por ejemplo,

ha disminuido las admisiones a tratamiento por consumo de heroína mientras que han aumentado en cuanto a las admisiones por cocaína y por cannabis.

Tabla 3.21. Evolución del número de admisiones a tratamiento (1998-2011).

	1998	2002	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011
Admisiones a tratamiento	54.338	46.744	52.128	50.630	49.283	53.155	52.549	53.508	50.281

Tomada de OEDT (2011). Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En la Tabla 3.22, se muestran las características de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en 2011. La primera columna se refiere al porcentaje o número total del conjunto de sustancias en relación a la característica señalada exceptuando el alcohol, mientras que la última columna se refiere a los datos totales de sólo el alcohol, y que hacemos referencia a continuación.

En 2011, en el número total de admisiones a tratamiento por de sustancias psicoactivas fue de 50.281, la cocaína es la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (20.335, 40,4% del total), seguida de los opioides (14.925, 29,7%) y el cannabis (12.873, 25,6%). Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), las diferencias a favor de la cocaína son aún mayores. En este caso, la cocaína es la droga que causó más primeras admisiones (42,5%), seguida del cannabis (38,9%) y los opioides (13,2%). En relación al alcohol, sólo esta sustancia obtuvo 29.014 admisiones, es decir, superior incluso a la cocaína (Tabla 3.22 y OEDT, 2011).

El consumo de cannabis es el mayor número presenta de las admisiones a tratamiento en menores de 18 años de edad (93%). En cambio, la cocaína presenta mayor número de admisiones a tratamiento para personas fuera de España (36,5%), seguida de los opioides (31%) y el cannabis (28,9%) (Tabla 3.22)

En cuanto al sexo, los varones presentan un mayor porcentaje de admisiones a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (84,2%) que las mujeres, y esto es algo que se repite en los últimos años. En cambio, las mujeres presentan un mayor porcentaje de admisiones por trastornos por consumo de hipnosedantes, en el alcohol un 20% es consumidora de alcohol frente a un 80% de hombres. En el resto de las sustancias los varones suponen porcentajes superiores de admisiones que las mujeres. En relación a la edad, la media de las personas admitidas a tratamiento es de 33,4 años

para todas las sustancias psicoactivas. A nivel específico, por heroína fue de 39,3 años, por hipnosedantes 38,6 años, por cocaína 33,9 años y por cánnabis 25,3 años. Referente al alcohol, la edad media de inicio es posterior y es de 44,2 años. (Tabla 3.22).

Considerando el nivel de estudios, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (52,3%) tenían los estudios primarios, mientras que el 53,1% de los admitidos a tratamiento tenían los estudios por cocaína y el 48,4% de los admitidos por cánnabis tenían los estudios secundarios. En el alcohol, un 44,8% primarios y un 45,3% secundarios. Cabe señalar en la situación laboral, la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (41,16%) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (19,7%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cánnabis (21,7%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína. En el caso del alcohol, un 37% se encuentra en situación de laboral activo. Atendiendo a la vivienda, la mayoría (84,9%) de los pacientes que son admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en el hogar familiar, en cambio, un menor número de personas viven en instituciones (9,4%) o en algún alojamiento precario y temporal o *homeless* (2,6%). En el alcohol, la situación es similar, un 90,2% convive con la familia, un 3,7% en instituciones y un 3,5% algún alojamiento precario y temporal o *homeless*. En todas las sustancias, lo más frecuente es que los que acceden a tratamiento provengan de la convivencia con la familia de origen o la familia adquirida. Si relacionamos droga principal con núcleo de convivencia, los que viven de forma precaria o institucionalizada se muestran más frecuentes entre los consumidores de heroína (23,2%), registrándose porcentajes menores entre los admitidos a tratamiento por cannabís (7,1%) o cocaína (8,9%) (Tabla 3.22).

En cuanto al servicio que deriva los pacientes a tratamiento, la mitad (45,3%) lo realizan por iniciativa propia o mediante la motivación de los familiares, mientras que el sistema público deriva a un tercio de los admitidos (27,4%). En el caso del alcohol, un 44,9% acude por iniciativa familiar o propias y un 48% derivado por instituciones, sociales, sanitarias o legales públicas.

En 2011 en las admisiones a tratamiento lo más frecuente es la presencia de un patrón de policonsumo de drogas, siendo más de la mitad de las admisiones (62,3%) consumidores de varias drogas durante el mes previo a la admisión a tratamiento, algo más de un tercio (37,75) había consumido sólo la droga principal por la que acude a

tratamiento, siendo un grupo menor los que consumieron dos drogas (19,4%), y en menor medida tres (6,5%) y más drogas (2%).

Tabla 3.22. Características de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas (2011).

	Total (Nº/%)	Cocaína	Opioides	Cannabis	Hipnosedantes	Alcohol (Total)
Nº Admisiones a tratamiento	50.281	20.335	14.925	12.873	1.143	29.014
Edad media	33,44	33,9	39,3 ¹	25,3	38,6	44,2
Droga principal	-	40,4	29,7	25,6	2,3	-
Primeras admisiones	24.999	42,5	13,2	38,9	2,8	52,9
Menores de edad	4.128	3,3	0,7	93	-	-
Nacidos fuera de España	8,5	36,5	31	28,9	-	10,2
Admisiones a tratamiento según sexo						
Hombres	84,2	41	29 ¹	25,9	1,7	70,2
Mujeres	15,8	37,7	27,3 ¹	23,8	5,5	20,8
Nivel de estudios						
Primarios	45,5	-	52,3	-	-	44,8
Secundarios	48,4	53,1	-	48,4	-	45,3
Situación laboral (activo)	29,3	41,6	19,7	21,7	-	37
Vivienda						
Hogar familiar	84,9	-	-	-	-	90,2
Instituciones	9,4					3,7
Homeless	2,6	8,9	23,2	7,1	-	3,5
Recurso de derivación						
Propia/familiares	45,3	-	-	-	-	44,9
Sistema público	27,4	-	-	-	-	48
Patrón policonsumo de drogas (últimos 30 días)						
1 sustancia	37,75	-	-	-	-	100
2 sustancias	19,4	-	-	-	-	-
3 sustancias	6,5	-	-	-	-	-
4 sustancias o más	2	-	-	-	-	-
Vía de administración (últimos 30 días a la droga principal)						
Oral	6	-	-	-	-	100
Intranasal	35,7	83,3	5,9	-	-	-
Pulmonar	51,3	12,2	72,3	-	-	-
Parenteral	6,1	2	18,9	-	-	-

¹ El valor hace referencia al porcentaje de admisiones por heroína específicamente

Elaborada a partir de la OEDT (2011) Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante señalar que los que acudían por consumo de heroína, sus drogas secundarias eran cocaína y cannabis con mayor frecuencia, y entre los pacientes admitidos por cocaína eran el alcohol y el cannabis (OEDT, 2011).

Prestando atención a la vía de administración más frecuentemente utilizada en el último mes y en cuanto a la droga principal de los admitidos a tratamiento por consumo de heroína puede hablarse de una reducción importante por vía parenteral que pasó de 8.232 a 365 de 1992 a 2011, siendo la vía de administración más frecuente en el consumo de cocaína en polvo la intranasal o esnifada, seguida de la fumada y por último inyectada (83,3%, 12,2% y 2% respectivamente) manteniéndose estable la distribución con respecto a años anteriores. Cabe decir, que la vía de administración parenteral en relación a años anteriores ha ido perdiendo uso debido a las consecuencias de salud derivadas de su práctica, sustituyéndose en su mayoría por la vía de administración pulmonar o fumada (Tabla 3.22).

3.3.2. Riesgo y disponibilidad percibida

Podemos considerar la percepción del riesgo y la disponibilidad percibida como factores de protección frente al consumo de sustancias psicoactivas en la población general.

Según los resultados aportados por el Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, en 2011 la gran mayoría de la población (94%) de 15 a 64 años considera que los consumos de heroína, cocaína y éxtasis pueden producir graves problemas independientemente de la frecuencia de consumo. En cambio, aumenta la tolerancia y disminuye la percepción del riesgo entre la población si se habla del consumo alguna vez en la vida (78,2%) el consumo de éxtasis o del consumo de cocaína (76,5%).

Con respecto al alcohol, la mitad de la población percibe sin graves problemas el consumo de 5/6 cañas o copas el fin de semana, aunque si bien es cierto, la percepción de riesgo aumentó del 2009 al 2001 en un 4%.

En el consumo de hipnosedantes, que como se ha comentado anteriormente es el que ha experimentado mayor aumento en el consumo en la población, la percepción de riesgo es baja si se consume una vez, aumentando la percepción cuando se refiere a un consumo más habitual como por ejemplo una vez o más por semana (65,5% y 79,9%).

En la población general, el consumo de cannabis y la relación con el riesgo percibido ha aumentado en 6,7 puntos porcentuales si comparamos 2009 con 2011, se muestra como el aumento más elevado del resto de las sustancias.

En el tabaco, el hábito de fumar se percibe como un importante riesgo situado en un 90% de la población general española.

Atendiendo al sexo, la percepción de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres para todas las sustancias psicoactivas y para todas las frecuencias de consumo, exceso en los hipnosedantes que son más prevalentes en las mujeres.

En términos de edad, aunque existe unanimidad a la hora de valorar el riesgo, en la franja de edad que va de los 15 a los 34 años se observa una mayor tolerancia al riesgo en cuanto al consumo de cannabis y alcohol los fines de semana (5/6 cañas o copas) que otros grupos de edad como el de menores de 18 años y el grupo de 25 a 64 años. Otro dato de interés a aportar es que, conforme aumenta la edad disminuye la tolerancia en la percepción del riesgo del consumo habitual de tranquilizantes.

En cuanto a la percepción de disponibilidad de las sustancias psicoactivas, es decir, la facilidad de su obtención en un plazo de unas 24 horas, la población de 15 a 64 años percibe fácil obtención del cannabis y como más difícil la heroína, los alucinógenos y el éxtasis.

En general, de 1995 a 2011 la percepción de disponibilidad para todas las sustancias ha aumentado, excepto en el caso de la heroína. Puede observarse también una relación inversa donde a menor precio, mayor accesibilidad, es decir, la droga se percibe como de más fácil adquisición.

3.3.3. Acciones contra las drogas

Para los ciudadanos, según las encuestas realizadas, las medidas de mayor eficacia para resolver el problema de las drogas son: Acciones formativas, tratamiento, control policial y restricción legal, y campañas publicitarias.

Las medidas educativas y sanitarias son las mejor valoradas: más del 90% de la población las considera importantes para resolver el problema de las drogas, siendo de entre todas ellas, la mejor valorada es la educación en las escuelas.

La elevada consideración de las medidas sanitarias, fundamentalmente las dirigidas al apoyo terapéutico de los consumidores donde se da importancia al tratamiento voluntario (84,9%), el control policial y aduanero (84,2%) y con menor apoyo para las campañas publicitarias (81%) y la normativa contra las drogas (80,3%).

La población considera la medida menos eficaz la legalización de todas las drogas (20,9%) aunque haya aumentado con respecto a años anteriores (aumento de 5,3 puntos porcentuales). Dos de cada cinco jóvenes considera que legalizar todas las drogas puede ser importante para resolver el problema y algo más de la mitad considera que la legalización del cannabis en concreto, es una acción a valorar.

3.4. Estado actual de drogas en la Comunidad de Castilla La Mancha

Dado que la muestra poblacional recogida para la presente tesis doctoral parte de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha, es de interés acercarnos ligeramente a las estimaciones en cuanto a prevalencia y otras cuestiones relacionadas con la asistencia e intervención en drogodependencias. Así, desde el Plan Nacional de Drogas (2011), la línea a seguir en este ámbito parte del Plan Regional de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla La Mancha elaborado para el período 2006-2010 y que actualmente continúa con las mismas actuaciones hasta la elaboración de un nuevo plan. Los datos aportados a continuación han sido recogidos del Plan Nacional de Drogas (2011) y del borrador del Plan Regional de Drogodependencias y otras adicciones de Castilla La Mancha (2013-2016).

Según el borrador presentado en el Plan Regional de Drogodependencias, el alcohol continúa siendo la droga más ampliamente consumida. Aún así, el porcentaje de consumidores todavía es ligeramente menor que la media del conjunto de España (61,2 frente a 62,3%) aunque es importante señalar que en los últimos años ha aumentado el porcentaje de conductores fallecidos con resultados positivos a drogas o alcohol. Con respecto al consumo de tabaco, es superior al observado en relación al resto de comunidades (32,2% vs.30,4). Parece que en los últimos años se ha producido un incremento de consumo difícil de explicar aunque cabría señalar que en la población escolar se observa una tendencia a la reducción del consumo. En cuanto al cannabis, Castilla la Mancha también se encuentra por encima de la media poblacional (7,1 vs.7) donde el cannabis, se presenta como una de las sustancias más extendidas por su disponibilidad y problemáticas, que alcanza unos niveles de consumo y de percepción del riesgo que se acerca a las de las drogas legales. De hecho, en Castilla La Mancha, se ha producido un aumento considerable a pesar de que en años anteriores se situaba por debajo de la población general. Los hipnosedantes, con o sin receta médica, es una sustancia psicoativa ampliamente utilizada en los últimos años. En cuanto a la cocaína se ha producido un aumento considerable en el consumo de la misma (Tabla 3.23).

Tabla 3.23. Perspectiva general del uso de drogas de la población de 15 a 64 años en Castilla La Mancha.

SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Alcohol	83,4	90,6	92,5	62,6	72,9	74,6	52,0	56,9	60,7
Tabaco	62,5	70,6	73,3	38,5	43,4	45,0	34,8	40,2	41,2
Cannabis	23,0	23	24,2	8,1	6,2	10,1	5,1	4,3	7,1
Cocaína ¹	3,7	5	7,6	1,6	1,8	2,2	0,8	0,6	1,7
Éxtasis	2,1	3,2	2,2	0,5	0,7	0,6	0,2	0,1	0,2
Tranquilizantes ²	11	3,9	13,6	5,8	2,3	6,7	4,3	2,0	5,5
Somníferos ²	5,2	2,4	5,4	2,8	1,5	2,9	2,1	1,4	2,5
Alucinógenos	1,5	2,2	2	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,2
Anfetaminas, speed	1,2	2,3	2,6	0,2	0,5	0,5	0,1	0,1	0,3
Inhablantes	0,5	0,5	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,5	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

¹ Cocaína general (en polvo y base); ² Con o sin receta

Tomado del Observatorio regional de drogas de Castilla La Mancha, Observatorio regional de CLM (2013).

La evolución de los datos en relación a 2009, muestran un aumento del consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína e hipnosedantes en todos los indicadores contemplados (alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y último mes), excepto el consumo de alucinógenos alguna vez en la vida, éxtasis en el último año. Por otro lado en la región hay un porcentaje ligeramente menor de consumidores de alcohol y bastante mayor de fumadores y fumadores diarios que en el resto del país. Por sexo, consumen más los hombres que las mujeres, a excepción de los hipnosedantes, donde las mujeres representan los mayores porcentajes, no obstante, la distancia entre hombres y mujeres se va acortando con cada encuesta anual (tanto regional como a nivel nacional) (Observatorio Regional de Drogas de CLM, 2013).

La sustancia más consumida en ambos sexos es el alcohol con mayor presencia en los hombres (70,3 vs. 49,8). Con respecto a la edad, el tramo de 15 a 29 años es la que tiene los mayores consumos en prácticamente todas sustancias a excepción de los hipnosedantes y la heroína. Con respecto a la edad de inicio, es similar a nivel nacional, de las sustancias legales (16-17 años) y de las ilegales, la más precoz es el consumo del cannabis (18 años). Más concretamente, la franja de mayor consumo en alcohol es entorno a los 45-54 con un 70%. Los porcentajes de binge eating o atracones también han

aumentado ligeramente. En la encuesta 2011 los niveles de consumo regionales con respecto al cannabis y cocaína se han elevado y tienden a igualarse a la media nacional en mayor medida con respecto a otros años, lo que indica una progresión más rápida en las distintas sustancias de consumo (ORDCLM, 2013).

Teniendo en cuenta todos estos datos, parece importante la necesidad de aumentar los esfuerzos en la prevención aumentando la conciencia de la población en relación a la importancia de los consumos de drogas, un indicador podría ser la menor preocupación por los castellano-manchegos en este tema lo que podría advocar en una menor tolerancia y percepción de riesgo.

En este sentido y desde el Plan Regional de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla La Mancha y siguiendo en consonancia con los planes estatales, se ha prestado atención a cuatro importantes áreas como son la prevención, asistencia e incorporación social, participación social y formación e investigación.

Desde el área de prevención, desde los Planes Municipales y locales se llevan a cabo programas preventivos como “Alcazul”, “Prevenir para vivir” y “Construye tu mundo” todos dirigidos a los escolares y jóvenes menores de edad al ser el sector poblacional donde se producen los primeros contactos con las sustancias fines recreativos y de experimentación, aquí es necesario un mayor esfuerzo preventivo siendo el objetivo prioritario fomentar una mayor concienciación en cuanto a las consecuencias del consumo de sustancias adictivas y facilitar alternativas saludables de tipo ocio y tiempo libre con el fin de evitar esos primeros contactos con las sustancias psicoactivas y retrasar la edad de inicio. Paralelamente, se realizan actividades dirigidas a la prevención familiar para mejorar la formación de los padres como agentes preventivos y protectores, así como también la prevención en el ámbito laboral a través de las principales organizaciones sindicales y empresariales de la región.

Desde el área de Intervención asistencial cabe señalar, que en el año 2011, mediante el Decreto 123/2011, 7 de julio, por el que se establece la estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, su modificación, Decreto 268/2011, de 8 de septiembre, las competencias en materia de drogodependencias en Castilla La Mancha (CLM) pasaron a estar en la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo.

Existe una necesidad detectada al analizar la situación en materia de asistencia e intervención en drogodependencias donde son escasos los indicadores que se han venido recogiendo del proceso asistencial y poco sistemáticos con falta de

homogeneidad entre los dispositivos, siendo casi inexistente la evaluación de los resultados, lo que ha dificultado la planificación de este periodo futuro y a la hora de concretar las actuaciones en función de la información obtenida para el Plan Regional de Drogodependencias.

De los datos que se disponen, del 2006 al 2010 hubo un aumento significativo de las personas que iniciaron tratamiento por su drogodependencia. En 2011 y 2012 se observa un descenso en las admisiones a tratamiento con un repunte en 2013 y 2014. Desde la red de atención a las drogodependencias en CLM se trabaja con un conjunto de recursos con diferentes niveles de intervención, coordinados y complementarios.

La puerta de entrada o acceso de las personas con adicciones se encuentra en las denominadas Unidades de Conducta Adictivas (UCA) , un recurso a nivel ambulatorio integrado en la red asistencial de salud mental desde el 2006 (SESCAM, Servicio de Salud de Castilla la Mancha) especializado en adicciones donde se dan programas de desintoxicación ambulatoria, programas libres de drogas, programas de reducción del daño y de reducción de riesgo, con intervenciones biopsicosociales dirigidas a la integración y normalización de las personas con Trastornos por consumo de drogas y trastornos adictivos (adicciones comportamentales). Este es el recurso desde donde se realizan las derivaciones al resto de la red asistencial de drogodependencias.

Según el Plan de Salud Mental, es la Unidad de Salud Mental de Adultos, la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y la Unidad de Conductas Adictivas las que conforman el núcleo central en torno al cual se dirige la atención a la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias, con especial coordinación entre ellas donde el objetivo se dirige tanto a los pacientes de patología dual como a sus familiares.

Desde cada uno de estos dispositivos de entrada, se derivará a los pacientes según el itinerario asistencial adecuado para propiciar una desintoxicación hospitalaria o dual como las Unidades de Media Estancia (UME), Comunidades terapéuticas como el Centro de Tratamiento El Alba centro sanitario especializado en patología dual de donde se recoge la muestra de el estudio de la presente tesis doctoral y centros no sanitarios, de Emergencia Social, pisos de acogida, centros de inserción socio-laboral, viviendas residenciales tuteladas, etc. En este punto, los recursos sanitarios y sociales deben estar coordinados adecuadamente para dar la respuesta más óptima o eficaz al paciente que presenta Trastornos por consumo de sustancias donde coexisten en un alto porcentaje de casos con otro trastorno mental.

A nivel ambulatorio, en el 2011 desde las UCAs con apertura de 5.264 historias de toda la comunidad autónoma, un 49% presentaban como droga principal el alcohol, en segundo lugar la cocaína con un 23%, seguido de los opiáceos con un 21%, un 14,4% presentaban trastornos por consumo de sustancias como el cánnabis, alucinógenos, drogas de síntesis o inhalantes, así como adicciones al juego o a las tecnologías de la información y la comunicación. En este mismo año aumentaron un 12,9% el número de inicios de tratamiento con respecto al 2010 habiendo iniciado o reiniciado tratamiento en este dispositivo 2.767 personas.

A nivel residencial, en 2011 se contó con 293 plazas en 13 Comunidades Terapéuticas (CT) públicas o concertadas con un total de 530 personas. Tres de los centros son específicos para personas con adicción al alcohol, cuatro CT cuentan con un programa o especialización en patología dual, 6 de las 13 CT admiten mujeres (el resto sólo varones) teniendo una CT un programa específico para mujeres con hijos mejores de tres años. Los ingresos hasta hace unos años, se gestionaban a través de la Fundación Sociosanitaria de CLM, actualmente se realiza desde el propio dispositivo en el caso del C.T.D. El Alba.

Por otro lado, la intervención ambulatoria se coordina y complementa por recursos subvencionados por la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, desde los Ayuntamientos y/o Diputación se cuenta con 4 centros de día y 1 de emergencia social, 2 pisos de acogida y 1 de emergencia, 5 programas de educación de calle.

Tabla 3.24. Programas libres de drogas en Castilla La Mancha en 2011.

Tipo de recurso	Nº de dispositivos o recursos	Nº de plazas	Nº de usuarios atendidos ¹
Centros ambulatorios de asistencia	11	--	5.374 1575
Unidades hospitalarias de desintoxicación	6	12	22
Comunidades terapéuticas			
Públicas (C.T.D. EL ALBA)	1	30	335
Privadas (con financiación pública)	9	212	

Tomada de Plan Nacional sobre Drogas (2011)

A modo de conclusión de este apartado de epidemiología sobre drogodependencia resaltar algunos puntos aportados:

-El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea informa acerca de la aparición y progresión de las nuevas sustancias psicoactivas del que se desconocen sus efectos secundarios, donde hasta ahora han sido notificadas 81 nuevas sustancias, lo que debe conllevar una mayor esfuerzo por parte de los organismos políticos y legales en fomentar los recursos necesarios para disminuir la progresión en la sociedad en general. Del mismo modo, los organismos del campo de salud y social desarrollar mecanismos y estrategias adecuadas de prevención, asistencia e intervención suficientes, adaptadas y de calidad.

-Así como el consumo de opiáceos disminuye y lo hace utilización de la vía parenteral, existen otras sustancias donde se eleva el consumo, como el aumento del consumo de cocaína tanto en polvo como en base o crack, siendo superior su consumo por parte de los hombres, y por el contrario, el aumento del consumo en los últimos años por abuso de medicamentos con y sin recetas, siendo las mujeres las que abusan de en mayor medida. Este aumento debe seguirle de un mayor refuerzo de las políticas de prevención y el diseño de intervenciones adaptadas e individualizadas a las necesidades específicas de los distintos grupos más sensibles y colectivos con mayor o menor riesgo de la población (adolescentes, mujeres, marginales, extranjeros, etc).

-El alcohol es una de las sustancias más consumidas y extendidas en la sociedad, con altas prevalencias en todos los tramos de edad y que aumenta con ella, con clara superioridad de consumo en el hombre con respecto a la mujer. La mayor tolerancia hacia su consumo y menor percepción de riesgo por parte de la población provoca que su aumento sea progresivo, así como el cannabis, que continua siendo la sustancia más consumida en el mundo al igual que aumenta cada vez más su mayor disponibilidad y accesibilidad a la población.

-Aunque la población en general se muestra consciente ante el riesgo que supone el consumo de las sustancias psicoactivas, existiendo mayor laxitud y tolerancia en el alcohol y cannabis. La disponibilidad de las distintas drogas cada vez es mayor, lo que supone un factor de riesgo para el consumo de las mismas. Quizá sea momento de reflexionar acerca de los mecanismos que pueda estar de alguna manera fallando de cara a la menor percepción de riesgo de consumo en la sociedad general. No obstante, las

acciones contra las drogas más valoradas por los ciudadanos, son las medidas educativas y sanitarias, siendo las menos valoradas las relacionadas con la normativa y control policial.

-A nivel asistencial, acerca del perfil mayoritario que accede a un tratamiento por drogas en España, sería el de un hombre de unos 33 años de edad consumidor habitual de cocaína que acude por primera vez a tratamiento, con un nivel de estudios secundarios, en situación de desempleo que convive en el hogar familiar, habiendo llegado al recurso por iniciativa propia o ayuda de la familia que consume una sola sustancia.

-Las sustancias legales (alcohol y tabaco) son las más consumidas tanto por la población general como por los estudiantes, seguidas de las ilegales (cannabis e hipnosedantes sin receta), situación mantenida desde el inicio de la realización de ambas encuestas, siendo la prevalencia de consumo de cannabis más alta con respecto a otras sustancias, además, aunque los hombres muestran un mayor porcentaje de consumo en las distintas franjas de edad, conforme aumenta la edad, disminuye la diferencia entre hombres y mujeres.

-Otro dato importante sería que los hombres presentan un consumo mayor que las mujeres en todas las sustancias excepto de hipnosedantes, para los que, secularmente, las mujeres duplican las prevalencias de los hombres. No obstante, en los últimos años, estamos observando cómo las chicas adolescentes aproximan su nivel consumo al de los chicos, pudiendo llegar a superar a éstos en el consumo de alcohol, tabaco e hipnosedantes sin receta.

-En la Comunidad de Castilla La Mancha, los datos sobre consumo de sustancias, que en anteriores años parecían estar por debajo de la media nacional, van aumentando situándose en niveles similares a los nacionales. A nivel ambulatorio, en el 2011 desde las UCAs los porcentajes de demanda más elevados han sido en el alcohol y la cocaína, seguidas por orden, la heroína y el cannabis. Desde el 2011 y 2012 se ha dado un descenso en las admisiones a tratamiento, no obstante, ha habido un aumento en 2013 y 2014. A nivel residencial, en los últimos años han disminuido el número de centros destinados a la intervención en drogodependencias, además, tan sólo existe una comunidad terapéutica a nivel público en todo el ámbito de Castilla la Mancha (desde donde surge este estudio), que aglutina casos que vienen derivados tanto de los recursos

ambulatorios de drogodependencias (UCA) como de las unidades asistenciales de salud mental (Unidad de Hospitalización breve y Unidad de adultos de Salud Mental) lo que lleva a reflexionar acerca del nivel de preocupación por este tema de los responsables políticos, entre otros. Por último, han sido escasos los indicadores recogidos a nivel asistencial y de forma poco sistemática por los organismos competentes en materia de drogas en los últimos años, lo que ha llevado a dificultades a la hora de programar actuaciones futuras para el Plan Regional de Drogodependencias. No obstante, el esfuerzo debe seguir por parte de los agentes políticos principalmente y entidades relacionadas, destinando mayor número de recursos económicos, personales y materiales a la recogida de indicadores, investigación, asistencia e intervención en drogodependencias que en los últimos años ha decaído, habiendo disminuido enormemente el presupuesto económico dedicado a ellos, reducción del número de profesionales, así como el cierre de centros de tratamiento. Estas medidas y recortes sólo han contribuido a mantener y aumentar el problema de drogodependencias.

CAPÍTULO 4. FUNDAMENTACION DE LA EVALUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

El psicodiagnóstico es la subdisciplina de la psicología científica, que tiene por objeto el estudio científico del comportamiento del sujeto en evaluación en sus distintos niveles de complejidad a través de procedimientos objetivos (Fernández-Ballesteros, 1980; Silva, 1982). Es una recogida de información que procede de procedimientos no experimentales. Si bien, la evaluación psicodiagnóstica ha atravesado por diversas crisis, también ha evolucionado enormemente en las últimas décadas, no concibiendo la evaluación e intervención por separado, ambas son partes ineludibles dentro del proceso terapéutico a las que se debe prestar una enorme atención.

En el campo de las drogodependencias, para una eficaz evaluación se requiere poder conceptualizar el problema del individuo relacionado con el consumo de sustancias, así la entrevista clínica como elemento clave, debe dirigirse a dos aspectos principales como son la historia psicosocial del individuo y la historia social comunitaria (Graña y García, 1987). Con respecto a la historia psicosocial, la intención es recoger los datos sociodemográficos característico, se busca pretende dilucidar la función del problema de drogas en la vida del individuo drogodependiente, acercarnos a la conducta adictiva desde una dimensión cognitiva (pensamientos automáticos antes, durante y después de consumir, creencias desadaptadas presentes, estilo atribucional, etc.), fisiológica (reacciones físicas que se experimentan ante la conducta de consumo), motora (comportamientos relacionados con el consumo, sustancia principal, vía de administración, forma de consumo, etc.) y afectiva/emocional (sentimientos y emociones generados relacionados con la conducta de consumo antes, durante y después del episodio). También es necesario profundizar en las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo en cada uno de los aspectos de su vida, en el individuo y en los que le rodean (familia, parejas, amigos, etc). Otro aspecto importante en la historia clínica sería el entorno comunitario del drogodependiente teniendo en cuenta los valores y creencias de la comunidad en la que vive o se ha educado, relaciones con semejantes, participación o asociacionismo, etc (Graña, 1994).

En drogodependencias, la evaluación es un fenómeno relativamente reciente. No es hasta finales de los años 60 cuando la alarma sobre el problema de las drogas y sus consecuencias irrumpe en el mundo occidental. Con el tiempo y con un gran esfuerzo

por parte de la comunidad científica, se ha podido avanzar en el cambio de las drogodependencias para crear trabajos eficaces y estandarizados y profesionales cualificados y especializados en este campo, siendo el proceso de evaluación el primer pilar para desarrollar programas e intervenciones eficaces en drogodependencias.

El avance en la evaluación de drogodependencias ha sido tal que actualmente son numerosos los instrumentos existentes en este campo que ha sido necesario recopilaciones de instrumentos utilizados (Burkhart, 2000). En España, Bobes y colaboradores (2004), han recopilado los instrumentos disponibles presentando un banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica donde pueden ser consultados cada uno de ellos, ya que en este apartado nos centraremos básicamente en presentar una visión general centrándonos más detenidamente en los instrumentos utilizados en el presente trabajo pero invitamos al lector interesado a recurrir a fuentes específicas.

Todo instrumento adecuado debe reunir una serie de características básicas que se muestra en la Tabla 4.1 (Berger, 1985; Donovan, Sansón-Fisher y Redman, 1989).

Figura 4.1. Características de un instrumento de evaluación psicométrica

<i>Según Bergner</i>		<i>Según Donovan et al.</i>	
1.	Ser apropiado: teóricamente justificable (validez de contenido) e intuitivamente razonable (validez aparente)	1.	Ser adecuado al problema de salud que se pretende medir
2.	Reproducible	2.	Válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretenden medir y no otras
3.	Sensible al cambio	3.	Preciso, es decir, con un mínimo de error de medida
4.	Sus componentes deben ser claramente delimitados, contribuyendo cada uno al total de la escala de forma independiente (validez de constructo)	4.	Sensible, o sea, capaz de detectar cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo
5.	Los datos necesarios para el cálculo de la puntuación total o índice han de ser alcanzables en la práctica	5.	Basado en datos generados por los propios pacientes
		6.	Aceptado por los pacientes, profesionales sanitarios y por los investigadores

Tomado de Pérez de los Cobos, Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos (2006).

Existen múltiples propuestas relativas a la clasificación de instrumentos de evaluación en drogodependencias, en este apartado que nos ocupa dentro de la presente tesis doctoral, se ha seguido principalmente a Iraurgi y González (2002) por considerar de interés su amplio estudio e investigación en este campo.

Según Iraurgi y González (2002), la evaluación clínica se entendería como un proceso amplio y global donde se darían distintas aproximaciones de valoración y donde se darían seis funciones complementarias como el cribado o screening, diagnóstico, valoración, motivación, planificación y seguimiento donde cada uno de esos procesos conllevaría una serie de instrumentos de evaluación específicos.

En este apartado se hace referencia, siguiendo el autor, a los instrumentos de cribado, de diagnóstico, de la evaluación de los problemas específicos en el consumo de sustancias y adicciones (nicotina, alcohol y drogas ilegales), de los aspectos motivacionales y disposicionales, de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual), de la evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos de la personalidad, y por último, de la calidad de vida.

4.1. Instrumentos de cribado

El objetivo de estos instrumentos es la detección rápida a nivel general de los casos probables con el trastorno específico, en el caso que nos ocupa, el abuso o dependencia de sustancias. Existe un gran número de instrumentos tanto para la población adulta como para adolescentes. Entre otros estarían el *Evaluación General del Alcoholismo Crónico* (CAGE) de Ewing (1984), el *Cuestionario Breve para Alcohólicos* (CBA o KFA) de Feuerlein (1976), *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) de Babor, De La Fuente, Saunders y Grant (1989) y *Symptom Checklist-90-R Baltimore* (SCL-90-R), de Derogatis (1983).

A continuación profundizamos en el *Cuestionario de 90 síntomas* por ser objeto de estudio en este trabajo.

-El *Inventario de Evaluación Clínica de síntomas de Psicopatología o Cuestionario de 90 síntomas* (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Es un cuestionario autoaplicado que consta de 90 ítems, donde el sujeto debe contestar en base a cómo se ha sentido en la última semana en base a una escala Lickert de 0 a 4 puntos (0: nada; 1: un poco; 3: moderado; 4: mucho; y 5: extremo). El tiempo estimado de realización es de

12 a 15 minutos. Es un cuestionario “breve” adaptado y validado a la población española, que dispone de baremos obtenidos en población general no clínica (diferenciada por sexo), pacientes con disfunción témporo-mandibular y pacientes psiquiátricos (diferenciados por sexos) por González Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002).

Los 90 ítems hacen referencia a síntomas de nueve dimensiones diferentes de síntomas y tres índices globales de malestar: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo”, y un conjunto de síntomas diversos o misceláneos. Asimismo cuenta con tres índices globales de psicopatología índice de gravedad Global, índice de distrés positivo y el total de síntomas positivos.

-Somatización: consta de 12 ítems que comprende doce síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, incluyendo síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas y relacionadas con los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular.

-Obsesión compulsión: consta de 10 ítems que comprenden conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considerada que son absurdos e indeseados y que generan gran angustia, siendo difíciles de resistir, evitar o eliminar, junto a otros fenómenos cognitivos que son propios de trastornos y personalidades fundamentalmente obsesivas.

-Sensibilidad interpersonal: consta de 9 ítems que comprenden los sentimientos de timidez y vergüenza, sentimiento de inferioridad, hipersensibilidad a las opiniones de los demás e inhibición en las relaciones interpersonales.

-Depresión: consta de 13 ítems que recogen signos y síntomas clínicos de los trastornos depresivos, incluyendo vivencias disfóricas, ideas autodestructivas y manifestaciones cognitivas relacionadas con estos estados.

-Ansiedad: consta de diez ítems que comprenden manifestaciones clínicas de la ansiedad, aguda y generalizada, así como signos de tensión emocional y manifestaciones psicosomáticas relacionadas.

-Hostilidad: consta de 6 ítems relacionados con pensamientos, sentimientos y conductas presentes en estados de rabia, irritabilidad, resentimiento y agresividad.

-Ansiedad fóbica: compuesta por 7 ítems que comprende los síntomas relacionados con la experiencia fóbica, síntomas agorafóbicos y fobia social.

-Ideación paranoide: integra 6 ítems relacionados con los aspectos de la conducta paranoide, incluyendo aspectos del pensamiento proyectivo como suspicacia, autoreferencialidad e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a perder la autonomía y necesidad de control.

-Psicoticismo: compuesto por 10 ítems relacionados con la esquizoidia, esquizotipia leve y psicosis florida. En la población general, esta dimensión se encuentra más relacionada con sentimientos de alienación social que con la psicosis.

En último lugar, existe una Escala adicional o 7 ítems adicionales referidos a síntomas misceláneos. Esto es debido a que el peso factorial en diferentes subescalas no permite asignarlos a ninguna de ellas. Son indicadores de gravedad del estado y conservados por su alta relevancia clínica.

Este inventario también ofrece tres índices globales. En primer lugar mide el Índice Global de Gravedad (GSI), que nos ofrece una media global de la intensidad del sufrimiento psíquico. El Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) relaciona el número de síntomas con el sufrimiento o distrés; es un indicador de la intensidad sintomática media. Total de Síntomas Positivos (PST) calcula el número de síntomas presentes y la amplitud de la psicopatología encontrada. Es un instrumento que en poco tiempo permite un chequeo rápido y general del paciente, por lo cual este inventario se suele utilizar frecuentemente para investigación.

La interpretación de los índices se facilita mediante unos baremos que permiten comparar las puntuaciones del sujeto con respecto a su grupo normativo.

La gran popularidad del SCL-90-R entre los profesionales e investigadores de salud mental es debido a que se muestra como un instrumento de fácil aplicación y corrección, así como que permite analizar la psicopatología en varios niveles de complejidad (global, dimensional y sintomático) presentando buenas propiedades psicométricas.

Las propiedades psicométricas han resultado ser estables en el tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluadas. La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores entre 0,81 y 0,90 descritos por Derogatis. Los valores mostrados de los coeficientes de fiabilidad en cuanto a estabilidad temporal se encuentran entre 0,78 y 0,90 con un intervalo test-retest de una semana mostrando cierta estabilidad a lo largo del tiempo, no obstante, la estabilidad es menor conforme aumenta el intervalo de tiempo ya que existe una oscilación natural de la sintomatología. Con respecto a la validez, tanto en los hallazgos encontrados con la versión española como con las evidencias mostradas en muestras en otros países, muestran una validez concurrente con otros constructos, una validez predictiva en relación al pronóstico de la respuesta al tratamiento y discriminación entre grupos clínicos o entre poblaciones clínicas y no clínicas.

En estudios americanos de Derogatis, en cuanto a la validez de constructo encuentran buen ajuste de la estructura dimensional del SCL-90-R a las nueve dimensiones. Existe una buena validez convergente debido a las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con otros instrumentos, no obstante, esto no favorece su validez discriminante. Derogatis sugiere discriminar sujetos mediante los indicadores PST y PSDI ya que por ejemplo, los pacientes defensivos tienden a presentar puntuaciones más bajas y los que tienden a dar mala imagen de sí mismos puntuaciones más altas, por lo que es importante atender a los distintos niveles de complejidad e indicadores para obtener resultados válidos y concluyentes.

4.2. Instrumentos de diagnóstico y evaluación de los Trastornos mentales y de la Personalidad comórbidos

El diagnóstico de caso sería la segunda función de la evaluación clínica y se contemplaría como el procedimiento necesario para determinar la presencia de síntomas y signos de abuso o dependencia según los criterios nosológicos más aceptados (DSM y CIE). Para establecer el diagnóstico serían necesarias las entrevistas clínicas estandarizadas construidas a partir de los sistemas de la APA (DSM) y de la OMS (CIE), sirva a modo de ejemplo nombrar el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; OMS/WHO, 1993) y su módulo de drogas, la CIDI-SAM. Entre las entrevistas clínicas semiestructuradas que implican un juicio clínico y se requiere formación en el tema así como un entrenamiento específico estarían entre otros, la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID-R;

First, Spitzer, Gibbon y Williams y Benjamom, 1997) y el *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Wing et al., 1990).

Existe una elevada presencia de trastornos mentales junto a los trastornos por consumo de sustancias. A la hora de realizar la evaluación es importante poder esclarecer la relación temporal entre el consumo de sustancias y la presencia o inicio de síntomas del trastorno y de su evolución, ya que puede fácilmente confundirse con los episodios de intoxicación o abstinencia de sustancias.

En cuanto a entrevistas contamos con la *Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV* (Structured Clinical Interview, SCID I; First et al., 1997), *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; OMS/WHO, 1993) y *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Organización Mundial para la Salud, 1992), ambos con diagnósticos con criterios CIE-10. *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM; Hasin et al., 1996; adaptación en español de Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez y Martín-Santos, 2004).

Entre los cuestionarios generales más populares encontramos el *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado* (Symptom Check List Revised, SCL-90-R) (Derogatis, 2002). Evalúa nueve escalas sintomáticas (ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) y también incluye tres índices globales de psicopatología.

-La *Escala de Hamilton para la Depresión* (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS; Hamilton, 1960). Es una escala que evalúa la gravedad del cuadro depresivo, aunque también es utilizada en pacientes alcohólicos y con demencia, en población geriátrica. Consta de 17 ítems que ofrecen una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en cada uno de sus cuatro factores: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad. Existen versiones de 6, 17, 21 y 24 ítems. La administración es heteroaplicada y debe ser administrada por un clínico. El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista aunque para algunos ítems (como los del sueño) se exploran los dos días previos.

El tiempo de aplicación es corto, de 15 a 20 minutos.

Esta escala es la más utilizada en la actualidad aunque se le ha criticado el estar contaminada por síntomas de ansiedad y síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.

En relación a las propiedades psicométricas, la fiabilidad medida en sus dos versiones (adaptadas) posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. Hamilton sugiere que, para aumentar la fiabilidad de la evaluación, estén presentes dos evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Con respecto a la validez, su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es una escala muy sensible al cambio terapéutico.

-El Inventario para la Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Evalúa la presencia de sintomatología depresiva en las últimas dos semanas y cuantifica su intensidad. Consta de 21 ítems diferenciados en dos factores: la subescala afectiva (pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad), y la subescala somática (tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual). Esta escala presente un importante número de ítems cognitivos en relación con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Es una escala autoaplicada aunque inicialmente se diseñó para administrarla mediante entrevista. Esta escala presenta otras versiones, una breve de 13 ítems y otra más extensa de 42 ítems.

El tiempo de aplicación es corto, de 5 a 10 minutos. Se puede utilizar tanto en la exploración inicial, durante el proceso terapéutico, finalización y seguimiento.

El Inventario para la depresión de Beck desde su formulación original presenta distintas versiones, con traducciones castellanas validadas en España, BDI-I (Conde y Useros, 1974), BDI-IA (Vázquez y Sanz, 1997) y BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2011)

siendo uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva. El BDI-II presenta modificaciones con respecto a sus antecesoras al BDI-I y BDI-IA diseñadas para evaluar los síntomas diagnósticos del DSM-IV para los trastornos depresivos, cubriendo el 100% de los síntomas del episodio depresivo mayor y la distimia según el DSM-IV.

En cuanto a los criterios de calidad, el BDI-II muestra índices de consistencia interna en muestras de universitarios de 0,87, adultos 0,88 y en muestra psiquiátrica 0,91 y validez factorial, una consistencia interna más consistente (de dos factores), ambas (consistencia interna y validez factorial) superiores a los del BDI-I y BDI-IA. La adaptación española del BDI-II (Beck et al., 2011; Sanz, 2013) muestra buenos índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas, datos que permiten proponer pautas y puntuaciones de corte de utilidad para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva, la significación clínica de los cambios terapéuticos, la posibilidad de cribar las personas con depresión y de cara a establecer el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos.

-Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Stait-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Luchene, 1970; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica y en investigación debido básicamente al breve tiempo de aplicación, fácil corrección y el disponer de baremos de comparación con respecto al grupo normativo. Evalúa los síntomas relacionados con la ansiedad como estado o cómo se siente la persona en ese momento y como rasgo, cómo se siente la persona habitualmente. Es aplicado a la población general (adultos y adolescentes) y consta de 40 ítems, siendo su tiempo de administración de 15 minutos. Puede utilizarse en la evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento.

En relación a las propiedades psicométricas, la consistencia interna es de 0,90-0,93 en la subescala Estado y de 0,84-0,87 para la subescala Rasgo, la fiabilidad test-retest para la subescala Rasgo oscila entre 0,73 y 0,86. Con respecto a la validez, el STAI muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad como puede ser la Escala de Ansiedad manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Catell (0,73-0,85). Presenta un solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión debido a que la correclación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0,60.

- *Escala De Impulsividad Bis-11* (Patton, Stanford y Barratt, 1995).

La impulsividad es un constructo relevante y complejo que explica las diferencias en la personalidad en la población normal y clínica (Barratt y Patton, 1983). La impulsividad se ha visto relacionada con trastornos por consumo de sustancias (Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, y Moeller, 2004)

Esta escala evalúa la impulsividad y tienen una adaptación española de Oquendo et al. (2001), que mide la impulsividad entendida como rasgo de personalidad. Está constituida por tres subescalas: impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad no planificada. La impulsividad motora hace referencia a la conducta motora sin pensamiento, la impulsividad cognitiva relacionada con la toma de decisiones rápida y la impulsividad no planificada con la no existencia de planteamientos orientados hacia el futuro o hacia las consecuencias derivadas de la conducta.

Esta escala, consta de 30 ítems que se puntúan en una escala de 1 (muy de acuerdo) a 5 (muy en desacuerdo). La corrección se efectúa en los términos de a mayor puntuación mayor impulsividad, siendo el rango de 30 a 150. Al no existir puntuaciones de corte, se suele utilizar la mediana de la distribución para la interpretación de los resultados. La versión española de la escala muestra unas adecuadas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de 0,75.

Los orígenes de esta escala se sitúan a finales de los años cincuenta y han sido necesarias once revisiones hasta llegar a la última versión de Patton et al. (1995). Tanto las dimensiones como el nombre y número de los factores, el número de ítems y el tipo de respuesta han ido variando hasta llegar a tres factores antes mencionados (impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad no planificada). Sin remontarnos a las primeras versiones, la versión BIS-10 con estos tres factores presentó dificultades a la hora de replicar los resultados y en concreto con el factor de impulsividad cognitiva (Barrat, 1994). Anteriormente, Luengo, Carrillo de la Peña y Otero (1991) presentaron una adaptación española del BIS-10 que fue aplicado a estudiantes universitarios sin lograr identificar la estructura de los tres factores, encontrando coeficientes de fiabilidad bajos en todas las escalas, en concreto, en la impulsividad cognitiva, explicando que esto era debido a que las funciones cognitivas presentaban dificultades en su medición (Barrat, 1994), aunque otros autores como Gerbing, Ahadi y Patton (1987) sí pudieron identificar el factor de impulsividad cognitiva.

Mientras que el BIS-11 se ha utilizado en un conjunto diverso trastornos mentales, el predominio de estudios han tendido a centrarse en el uso de sustancias ya que estos individuos son conocidos por ser altamente impulsivos y esto se puede reflejar en los resultados del BIS. Por ejemplo, se encuentra un aumento de las puntuaciones del BIS-11 en adultos dependientes de cocaína (Lane, Moeller, Steinberg, Buzby, y Kosten, 2007) en relación a la muestra control. Los alcohólicos de inicio precoz obtienen puntuaciones superiores en los resultados en el BIS-11 que los alcohólicos de inicio tardío, éstos últimos se cree generalmente que los casos son menos graves, así como mayores puntuaciones los que además presentan un trastorno comórbido (Dom, De Wilde, Hulstijn, Van den Brink y Sabbe, 2006a; Dom, D'Haene, Hulstijn y Sabbe, 2006b; Dom, Hulstijn y Sabbe, 2006c). Otros autores, informan que los puntajes de este instrumento pueden ser predictivos del nivel de consumo de crack y cocaína (Lejuez, Bornovalova, Reynolds, Daughters y Curtin, 2007), así como una mayor impulsividad en adictos a múltiples sustancias (Kirby y Petry, 2004). Estos son datos que no sorprende en la población drogodependiente en relación a la población normal, siendo un instrumento altamente sensible.

La versión última de Pattón et al.(1995) el BIS-11, ha sido utilizada en estudios con distintos tipos de patología, entre otros y haciendo referencia al objeto de nuestro estudio (trastornos por consumo de sustancias) contamos con estudios sobre el tabaquismo (Skinner, Aubin y Berlin, 2004), alcohol (Dom et al., 2006b), cocaína (Moeller et al., 2001; Moeller et al., 2002; Roncero, et al. 2013), metanfetamina (Reid, Cyders, Moghaddam, y Fong, 2014), cocaína y heroína (Nielsen et al. 2012).

El BIS-11 ha sido traducido a otros idiomas, contando con datos psicométricos relacionados con la fiabilidad y la validez de estas traducciones muy variable, al igual que las técnicas de traducción utilizadas en su desarrollo, por lo que se sugiere cautela al interpretar los resultados de los instrumentos traducidos o compararlos con el original. Dicho esto, la consistencia interna (alfa de Cronbach) informó de la puntuación BIS-11 totales de estas traducciones donde la totalidad se encuentra dentro de un rango aceptable (0,71-0,83) lo que sugiere que la escala presenta fiabilidad.

-Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Kay, Fiszbein y Opler, 1987). Es una entrevista y escala de observación que evalúa el síndrome esquizofrénico desde un punto de vista dimensional evaluando la gravedad del síndrome positivo, negativo y psicopatología general del trastorno) y también desde el punto de vista categorial donde clasifica el

trastorno esquizofrénico con sintomatología positiva, negativa o mixta, sirviendo como indicador de pronóstico según los síntomas que predominen en la evaluación. También es posible evaluar cómo evoluciona la medicación en función de los síntomas.

La escala consta de 30 ítems, 7 ítems referentes a la escala positiva (PANSS-P), 7 ítems para la escala negativa (PANSS-N) y 16 ítems para la escala de psicopatología general (PANSS-P). Diferencia cuatro escalas: 1) Positiva o PANSS-P (evalúa los síntomas positivos o por encima a un estado mental normal), 2) Negativa o PANSS-N (evalúa los déficits en relación a un estado mental normal), 3) Compuesta o PANSS-C (evalúa si predomina más uno sobre otro) y, 4) Psicopatología general o PANSS-PG (evalúa la presencia de otros tipos de síntomas como depresión, ansiedad, etc.).

En el estudio de Peralta y Cuesta (1994) obtienen una fiabilidad interobservador de 0,31 a 0,93. Las escalas positiva y negativa presentan una buena fiabilidad, 0,71 y 0,80 respectivamente, aunque la escala de psicopatología general es de 0,56. La relación de la escala positiva y negativa es importante con un índice *kappa* de 0,87. La consistencia interna (alfa de Cronback) y la correlación ítem-total en la escala positiva es moderada de 0,62 y en la escala negativa elevada con un 0,92. Todas las correlaciones ítems-total llegan a ser significativas, y en la escala de psicopatología general se obtienen un índice moderado de 0,55.

-Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II; First, Spitzer, Gibbon, Williams y Benjamín, 1997; First et al.1999). Es una entrevista semiestructurada que permite realizar el diagnóstico de los trastornos de personalidad con criterios DSM-IV, y consta también de un cuestionario de 119 preguntas que se puede utilizar con o sin la entrevista. Es utilizada en población adulta y evalúa los 10 trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (APA, 1994), además del Trastorno depresivo de la personalidad y el pasivo-agresivo (incluidos en el Apéndice B del DSM.IV “Criterios y ejes propuesto para estudios posteriores”), aunque actualmente en el DSM-V (APA, 2014) no figuran estos dos últimos.

El tiempo de administración es menor a una hora (la entrevista junto con el cuestionario), y la utilidad del SCID-II reside en la formulación de diagnóstico del Eje II, tanto de forma categorial como dimensional, permitiendo ser usado tanto en el campo de la investigación como de la práctica clínica.

En relación al cuestionario, el tiempo de administración es de 20 minutos aproximadamente requiriendo un nivel de lectura de 8º curso de enseñanza básica (según la fórmula de Flesch-Kincaid). Tras realizar el cuestionario, el clínico rodea con

un círculo los números situados a la izquierda de los ítems que corresponde a los ítems contestados afirmativamente, en base a los cuales profundizará al realizar la entrevista. También puede utilizarse la SCID-II sin el Cuestionario de personalidad cuando el entrevistador desea centrarse en un número limitado de trastornos.

La estructura del SCID-II es similar a la de la SCID para los trastornos del Eje I. Fue elaborada a partir del formato de entrevista clínica habitual, la entrevista comienza por el enunciado siguiente: “Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre el tipo de persona que es Ud., es decir, cómo se ha sentido o se ha comportado Ud. En general”. Tras ese enunciado le sigue una serie de preguntas abiertas que pretenden valorar las características generales de la personalidad, del tipo “¿cómo se describiría Ud. Como persona” ¿Qué tipo de cosas ha hecho Ud. Que otras personas pueden haber considerado molestas o fastidiosa?” “¿Si pudiera cambiar de alguna manera su personalidad, ¿en qué querría ser diferente?”. Después de forma sucesiva se hacen preguntas en relación a los 10 trastornos de la personalidad específicos y las 2 categorías del apéndice. El orden de los trastornos de la personalidad difiere de la clasificación del DSM para facilitar una buena relación con el sujeto. Finalmente, se puede dar un diagnóstico no especificado de la personalidad para indicar los casos en que las características de la personalidad están presentes sin que cumplan los criterios completos de ningún trastorno de la personalidad específico, a pesar de causar un deterioro funcional significativo.

Al igual que la SCID para los trastornos del Eje I, la SCID-II consta de tres columnas: la primera, la de la izquierda se sitúan las preguntas de la entrevista, en la siguiente enumera los criterios diagnósticos del DSM, y la de la derecha o última puntúa los ítems. Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa como “?”, “1”, “2”, o “3”. En un primer momento ante la inadecuación o duda se puede codificar como interrogante, tras la información posterior se puede recodificar el criterio, rodeando con un círculo el código correcto.

1=Ausente o Falso. Ausente se refiere al síntoma que se encuentra ausente y falso cuando el enunciado del criterio es falso.

2=Subumbral. Se refiere a cuando el umbral para el criterio casi se alcanza pero no completamente.

3=Umbral o Verdadero. Umbral referido cuando se alcanza el criterio según el mínimo exigido. Verdadero es cuando el enunciado del criterio es verdadero.

La presencia de cada trastorno de la personalidad se va perfilando a medida que se va avanzando en la entrevista. Al finalizar, el entrevistador completa la Hoja

Resumen de Puntuaciones, en la que se calcula un valor dimensional para cada trastorno de la personalidad mediante la suma de los ítems calificados positivamente. En el caso frecuente de que se cumplan los criterios de más de un trastorno de la personalidad, el entrevistador señalará el diagnóstico principal que debería ser, el centro principal de atención clínica.

Es necesario un entrenamiento para realizar la entrevista y pasar el cuestionario adecuadamente. Con respecto al procesamiento de datos, no requiere el uso de un programa de ordenador para realizar los diagnósticos finales del DSM-IV. El CAS-II (Computer-Assisted SCI-II) es una versión por ordenador basada en Windows y creada por los autores en conjunción con Multi-health Systems, un editor y distribuidor de material profesional de evaluación y práctica, también integra un comentario paso a paso que se encuentra en la Guía del usuario, proporcionando así el comentario relevante a cada ítem.

Los datos de fiabilidad que se describen a continuación pertenecen a la versión para el DSM-III-R. La fiabilidad interjueces o valor *kappa* es de 0,24 (para el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad) y 0,74 para el trastorno histriónico de la personalidad en centros de pacientes psiquiátricos; en centros no psiquiátricos, siendo los valores *Kappa* de 0,38. La fiabilidad test-retest es de 0,37 para los trastornos límite de la personalidad, y 0,84 para el trastorno antisocial de la personalidad en pacientes ingresados por personalidad en pacientes ingresados. En relación a la validez, las correlaciones de la SCID-II con el Examen de los Trastornos de la Personalidad (PDE; Loranger, Susman, Oldham y Russakoff, 1987) se sitúa entre 0,20 y 0,55, con el cuestionario para los Trastornos de la personalidad Revisado (PDQ-R) oscila de 0,02 a 0,53. Existe escasa coincidencia con el Inventario multiaxial clínico de Millon (MCMI).

-Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger, Susman, Oldham y Russakoff, 1987; Loranger, et al., 1994) y la adaptación española se hizo por parte de López-Ibor, Pérez y Rubio (1996). Es una entrevista semiestructurada heteroaplicada cuyo objetivo es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnóstico de los trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y CIE-10 y lo realiza mediante 6 áreas relacionadas con la vida del sujeto. Las áreas son: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afecto, prueba de realidad y control de impulsos. Se aporta dos tipos de información: categorial (probable, presencia o ausencia del trastorno) y dimensional (intensidad del trastorno presente).

Si el tiempo de administración pasa de una hora u hora y media, es recomendable fraccionar la entrevista en dos o más sesiones. Es un instrumento que debe ser aplicado por un entrevistador experto y entrenado en su manejo.

Esta entrevista cuenta con un breve cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado de cribado, mediante preguntas de respuesta dicotómica donde el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este cuestionario proporciona una información rápida acerca del trastorno de la personalidad más probable que se halle presente, lo que tras la administración de módulo completo del IPDE permite confirmar o descartar el diagnóstico de cribado.

Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger et al., 1994). Los valores *Kappa* para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilan entre 0,70 y 0,96. En relación a la validez, se puede contemplar como un método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger et al., 1994).

-Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III; Millon, David y Millon 1997). Esta es la tercera versión del inventario (MCMI-I, MCMI-II; Millon, 1983; Millon, 1987) y existe adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007). Evalúa los estilos y trastornos de la personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según los criterios del DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon. Más concretamente, evalúa 11 patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo; y tres patrones graves de personalidad: esquizotípico, límite y paranoide. Además evalúa también síndromes presentes del Eje I (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). Además tiene índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez.

Este inventario se aplica a la población adulta. Consta de 175 ítems donde la persona evaluada debe responder verdadero o falso a los distintos ítems. El tiempo de aplicación es de 20 a 30 minutos. puede utilizarse en la evaluación pre-tratamiento.

Según los criterios de calidad, presenta una consistencia interna mediante coeficiente alfa de cronback de 0,66-0,89, siendo la fiabilidad test-retest para las

puntuaciones dimensionales de 0,85-0,93; fiabilidad test-retest a las dos semanas para el diagnóstico dimensional entre 0,85 y 0,93 (0,60-0,89 en MCMI-II. El acuerdo interjueces en los diagnósticos es de $Kappa < 0,45$ para todos los trastornos de la personalidad (índice muy bajo). En relación a la validez, los estudios de correlaciones con distintos cuestionarios son moderados, por encima de 0,50 (Cuestionario de los 90 síntomas revisado o SCL-90-R y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota o MMPI). Los coeficientes son menores aún si se correlacionan con las puntuaciones categoriales con entrevistas de diagnóstico estructuradas o semi-estructuradas aunque mantienen mejores índices de acuerdo entre ellas. La sensibilidad de este inventario, varía mucho entre escalas 0,44-0,92, así como su poder predictivo de 0,30-0,81 (Cardenal y Sánchez, 2007, Millon 2000).

-*Inventario NEO de Personalidad* (NEO-PIR, Costa y McCrae, 1992). La adaptación española ha sido realizada por Cordero, Pamos y Seisdedos (1999). Este instrumento está dirigido a informar sobre la personalidad, en concreto, sobre las características personales del sujeto de acuerdo a la teoría de Costa y McCrae de los Cinco Grandes. El NEO PI-R publicado en español por TEA Ediciones, es uno de los instrumentos de medida más prestigiosos para la evaluación mediante un enfoque dimensional, de los principales factores de personalidad de acuerdo con el modelo de los Cinco Grandes (factores): neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Cada uno de los cinco factores está compuesto de seis escalas que contemplan ocho ítems cada una, contando con doscientos cuarenta preguntas en total a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones (en función del grado de acuerdo). Existe una versión breve NEO five-factor (NEO-FFI) compuesto por sesenta ítems. El tiempo estimado de realización es de 40 minutos, 20 minutos para la versión breve.

Este instrumento, ha sido replicado en diferentes países e idiomas y con diferentes instrumentos y poblaciones, existiendo investigación suficiente acerca de las buenas propiedades psicométricas. Según Sanz y García-Vera (2009) en una muestra de población general obtienen buenos resultados, la consistencia interna del NEO-PI-R es muy buena de las escalas globales ($\alpha \geq 0,85$), mientras que en 25 de las 30 escalas específicas oscilaron entre adecuados y buenos ($\alpha \geq 0,60$ y $< 0,80$). Las diferencias estandarizadas en las puntuaciones del NEO PI-R entre una muestra de voluntarios y de selección de personal de los baremos comerciales alcanzan medias absolutas de tamaño medio ($d = 0,53$), lo que justifica los autores con la creación de baremos específicos para

situaciones donde las personas presentan un interés en distorsionar sus respuestas. Estos autores, ofrecen baremos separados para mujeres y varones y apoyan su utilidad en contextos clínicos.

-*Cuestionario de agresión* (The Buss-Perry Aggression Questionnaire, AQ; Buss y Perry 1992). El Cuestionario tiene sus orígenes en el Hostility Inventory (BDHI) instrumento diseñado para medir el rasgo de hostilidad de carácter dimensional y que presentaba algunas dificultades en sus características psicométricas (Biaggio, Supplee y Curtis, 1981). El AQ se construyó teniendo como base los ítems del BDHI, algunos ítems se mantuvieron, otros se modificaron y otros se añadieron nuevos conformando finalmente un conjunto de 52 ítems y se obtuvieron cuatro factores: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. Tras diversos análisis redujeron a 29 ítems presentando un buen ajuste a los cuatro factores que encuadraba con el planteamiento teórico de la agresividad de Buss y Perry en 1992.

Este cuestionario lo componen nueve ítems que corresponden a la agresividad física, cinco ítems a agresividad verbal, siete ítems a ira y ocho ítems a hostilidad.

Actualmente se presenta en una escala tipo Likert que va de 1 a 5 donde 1 corresponde a “completamente falso para mí” y 5 “completamente verdadero para mí”.

Este cuestionario ha podido ser adaptado a múltiples idiomas. En su versión castellana ha sido adaptado por Andreu, Peña y Graña (2002). Estos autores aplicaron el cuestionario a una muestra de adultos jóvenes consiguiendo replicar el modelo donde los coeficientes de fiabilidad fueron buenos tanto para la escala total ($\alpha=0.88$) como para agresividad física ($\alpha=0.86$) e ira ($\alpha=0.77$) aunque por otro lado, las escalas agresividad verbal y hostilidad tuvieron valores menores ($\alpha=0.68$ y $\alpha=0.72$). Estos resultados fueron similares a los obtenidos en la muestra española, no obstante, para la escala de agresión verbal ésta fue menor. En cuanto a la validez, los datos conformaron la estructura tetrafactorial en la muestra española, lo que aporta una mayor evidencia empírica transcultural de su validez de constructo. El cuestionario de Agresión es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y eficaz para detectar a personas agresivas.

4.3. Instrumentos de evaluación en el consumo de sustancias

Este tipo de instrumentos se dirigen a estimar la dependencia o el abuso del consumo de sustancias que presenta el individuo. En este apartado lo separamos en las distintos tipos de sustancias.

a) Cuestionarios de evaluación del consumo del alcohol

-*Entrevista de Consumo de Alcohol* (CAGE; Mayfield, McLeod y Hall, 1974, validación española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986). Es un instrumento de screening que mediante cuatro preguntas de respuesta dicotómica que se encuentran intercaladas dentro de una entrevista más amplia evalúa la dependencia de alcohol. El tiempo de administración es corto, 1 minuto, donde el clínico debe intercalar las preguntas a lo largo de la entrevista con la persona. Es muy utilizada en atención primaria y muestra ser de gran valor predictivo.

Figura 4.2. Preguntas incluidas en el cuestionario GAGE (1986)

Preguntas incluidas en el CAGE
¿Has tenido alguna vez la impresión de que deberías beber menos?
¿Te ha molestado alguna vez la gente criticándote por tu forma de beber?
¿Te has sentido alguna vez mal o culpable por tu costumbre de beber?
¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o librarte de una resaca?

En cuanto a los criterios de calidad, posee altos valores de sensibilidad y especificidad, 81% y 97% respectivamente en contextos hospitalarios, siendo más bajos en entornos no hospitalarios con un 66% y 84%. Un punto de corte de 1 o superior tiene una alta sensibilidad (86-90%) y peor especificidad (52-93%) que por ejemplo un punto de corte de 2 o superior, cuya sensibilidad oscila entre 78-81% y especificidad entre 76-96%. Esta entrevista presenta correlaciones con el MALT (0,42).

-*Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol* (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993, adaptación española de Contel, Gual y Colom, 1999). Elaborado bajo los criterios de la OMS para detectar el consumo abusivo de alcohol, antes de que se presenten dependencia física y otros problemas crónicos asociados. Existe una versión reducida (AUDIT-C) (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn y Bradley, 1998).

Consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta, los ítems evalúan la calidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad para controlar los episodios de consumo, abandono de aficiones, síntomas de abstinencia, reacciones adversas al consumo.

Muestra ser un instrumento rápido y fácilmente aplicable, fiable con una consistencia de 0,80, con un buen índice de correlación con el MAST ($r=0,88$) y con índices biológicos como el examen de gamma-glutamyltransferasa (GGT). Muestra también correlaciones positivas con medidas de factores de riesgo, de consecuencias de la conducta de beber y de actitudes hacia la bebida. Con un punto de corte de 11 o superior, la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71

-*Test de Alcoholismo de Munich (Munich Alcoholism Test, MALT)* (Feuerlein, Küfner, Ringer y Antons, 1979; adaptación española de Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Es un cuestionario que la dependencia alcohólica o de su posibilidad explorando los aspectos psicoconductuales y se aplica a la población adolescente y adulta. Este instrumento consta de dos partes: El MALT-O es la parte objetiva del instrumento, que completa el médico durante la exploración del paciente y presenta 7 ítems indicadores orgánicos de la dependencia de alcohol y el MALT-S, es la parte subjetiva del cuestionario que consta de 24 ítems en el cuestionario original y de 27 en la versión española de Rodríguez-Martos y Suárez (1984). En ellos se evalúa la conducta de consumo de alcohol, aspectos psicológicos, somáticos y sociales referidos a la dependencia alcohólica y centrada en los últimos dos años. El tiempo de administración es corto, de 5 a 10 minutos. Puede utilizarse en una exploración inicial o evaluación pre-tratamiento.

En cuanto a las propiedades psicométricas, presenta una fiabilidad de 0,84 para la subescala MALT-S. También muestra una alta sensibilidad del 100% y especificidad del 80%.

-En cuanto a pruebas biológicas se refiere, existen varias formas de evaluar el nivel y gravedad del consumo de alcohol como la gamma-glutamyltranspeptidasa (GGT), la transaminasa glutamitocooxalacética (GOT o AST), la transaminasa glutamicopirúvica (GPT o ALT), el volumen corpuscular medio (VMC), el colesterol HDL, los triglicéridos, el ácido úrico y el cociente GOT/GPT < 1 , entre los más importantes (Ponce, Jiménez-Arriero y Rubio, 2003). También se puede detectar el nivel de alcohol en aliento y saliva.

b) Cuestionarios de evaluación de la dependencia de la nicotina

-*Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND*; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Consta de 6 ítems con varias alternativas de respuesta y su corrección no tiene complicación, además puede ser apoyado mediante medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre (Becoña y García, 1995).

-*Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS*, Shiffman, Waters y Hickcox, 2004, validación española de Becoña, Fernández del Río, López y Míguez, 2009). Consta de 19 ítems que permite evaluar la dependencia a partir de cinco aspectos (impulsos o drive, la prioridad o preferencia ante otros reforzadores, tolerancia, continuidad y estereotípicidad). Es una escala que sigue los criterios del DSM y tiene una escala corta, la NDSS-S (Becoña et al., 2011).

Además de los instrumentos estandarizados, en el tratamiento del tabaquismo se dispone de medidas fisiológicas como la medición del monóxido de carbono en el aire espirado, el tiocianato y la cotinina en saliva u orina y menos frecuentemente, la carboxihemoglobina y la nicotina en sangre (Becoña, 1994).

c) Entrevistas para la evaluación del consumo de drogas ilegales

Se dispone de distintas entrevistas para la evaluación del consumo de drogas, que mencionamos a continuación a modo de ejemplo, no obstante, nos centramos en profundidad en la utilizada en este estudio principalmente.

-*Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (OTI*; Darke, Ward, Hall, Heather y Wodak, 1991). Elaborado para los resultados obtenidos en los tratamientos de la adicción a opiáceos. Dispone de 6 áreas: consumo de drogas, conductas de riesgo para el VIH, funcionamiento social, actividad delictiva, estado de salud y situación psicológica. La duración del OTI es de aproximadamente 20-30 minutos, con lo que se muestra ventajoso ante el ASI que es de 45-60 minutos.

Las estimaciones de fiabilidad del OTI aportan valores del coeficiente alfa comprendidos entre 0,71 y 0,78 (Darke et al., 1991), un coeficiente de correlación intraclass de 0,77 y una fiabilidad interexaminadores de 0,86 (González-Sáiz, Salvador-Carulla, Martínez, y López y Ruz, 2002).

-*Perfil de Adicción del Maudsley* (MAP; Marsden, et al. 1998). Cuenta con validación española de Gómez y Hernández (2004). Es una entrevista elaborada de 60 ítems que evalúa aspectos comportamentales básicos en pacientes tratados por abuso de sustancias en base a cuatro áreas: abuso de sustancias, inyección y conductas sexuales de riesgo, salud física y psicológica, y por último, contexto vital y funcionamiento social. Es un instrumento corto en cuanto a su aplicación, su duración es de 10 a 15 minutos, siendo utilizada durante las diferentes fases del tratamiento (admisión, tratamiento, finalización y seguimiento).

En cuanto a las propiedades psicométricas, los coeficientes de correlación y coeficientes *kappa*, muestran una fiabilidad test-retest y estabilidad temporal aceptables o satisfactorias, con valores cercanos o superiores a 0,80, apoyando la fiabilidad de la mayor parte de las medidas (Torres y Fernández, 2004).

-*Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas* (CDCD). Es un cuestionario cuya versión genérica es el *Cuestionario sobre el deseo de beber* (CDB; Jiménez, 2005; ACS-EF; *Alcohol Craving Scale Based on Three Factors* de Jiménez, Graña, Montes y Rubio, 2009). Es un cuestionario que evalúa el último periodo de consumo intenso desde una perspectiva dimensional que evalúa tres tipos de deseos: refuerzo positivo, refuerzo negativo y dificultad de control. Consta de 33 ítems de tipo Likert con 4 opciones de respuesta: nunca, poco frecuente y siempre. La fiabilidad interna muestra un coeficiente *alpha de Cronbach* de 0,94 (dificultad de control 0,90, refuerzo positivo 0,91 y refuerzo negativo 0,88). La especificidad y sensibilidad en las tres escalas y en la puntuación total es superior al 70%. Los puntos de corte se sitúan en 64,5 para la puntuación total, 22,5 para dificultad de control, 15,5 para el refuerzo negativo y 26,5 para el refuerzo positivo.

-*Índice de Severidad de la Adicción* (*Addiction Severity Index*, ASI-6º versión; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006). Existe una validación española de Díaz-Mesa et al. (2010). Este instrumento multidimensional permite evaluar cómo se ven afectadas las distintas áreas personales (médica, empleo, uso de drogas y de alcohol, legal, adaptación familiar/social y problemas psiquiátricos) o su grado de deterioro tras el consumo de sustancias. Es la entrevista más veterana y utilizada que se desarrolló mediante un proceso de revisión de más de setenta instrumentos diagnósticos específicos en el ámbito de las drogodependencias y surgió con la idea de poder cubrir

tres objetivos: ser una alternativa a los sistemas tradicionales de clasificación nosológica pudiendo establecer tipologías basadas en criterios multidimensionales, proporcionar información suficiente para detectar las necesidades individuales y que fuera suficientemente sensible para medir los cambios en las distintas áreas personales del drogodependiente (Bobes et al., 2007).

A diferencia de los sistemas nosológicos actuales del DSM y CIE, el ASI no hace mención explícita al síndrome de dependencia y problemas relacionados, sino que presta atención en el contexto de los problemas relacionados con las sustancias adictivas, proporciona una valoración de la gravedad que es entendida por la necesidad de un tratamiento adicional de cada uno de los problemas relacionados con el consumo, a nivel familiar, médico, laboral, etc. Se trata de una medida transversal que no establece relaciones causa-efecto (McLellan, Luborsky, O'Brien, Woody y Druley, 1982).

En relación a la estructura general de la entrevista, la gravedad se puntúa de forma individual e independiente siguiendo las escalas, donde el entrevistador pregunta acerca de *ítems objetivos* (ítems que exploran el número, intensidad y duración de los síntomas y atributos que están relacionados con la gravedad y pueden ser ítems dicotómicos, policotómicos con respuesta tipo Likert, ítems cuantitativos y cualitativos nominales) e *ítems subjetivos* (evaluar la gravedad del problema percibido por el paciente). Un ejemplo de un ítem puede ser, “¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días estos problemas?”, presentándole una “Escala de valoración del Paciente” que consta de cinco puntos que debe seleccionar en relación al momento o situación actual (0=Nada; 1=Un poco; 2= Moderadamente; 3= Bastante; 4= Extremadamente). Un segundo ítem valora la necesidad percibida de recibir tratamiento para los problemas actuales definidos en cada una de las áreas (Ejem.: “¿Qué importancia tiene, ahora para Ud. Recibir ayuda o tratamiento para estos problemas?”) utilizando igualmente la “Escala de valoración del Paciente”.

La medida de la gravedad que proporciona cada una de las escalas del ASI haría referencia a las puntuaciones totales y esta medida, es integrada por la información que procede tanto de los ítems objetivos como subjetivos obteniéndose dos puntuaciones totales diferentes: “Valoración de la gravedad por el entrevistador” (VGE) y “Puntuación Compuesta” (PC).

La VGE (*“Severity Rating”* en la versión original) es una valoración clínica global realizada por el entrevistador sobre la gravedad o el nivel de deterioro del paciente en cada una de las áreas, siendo esta gravedad interpretada como “necesidad de tratamiento adicional”. El rango de puntuación va de 0 a 9 y se interpretarían de la siguiente forma: 0-1: no existe problema real, el tratamiento (ayuda, diagnóstico) no está indicado; 2-3: problema leve, probablemente no es necesario tratamiento (ayuda, diagnóstico); 4-5: problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento (ayuda, diagnóstico); 6-7: problema considerable, tratamiento (ayuda, diagnóstico) necesario; 8-9: problema extremo, tratamiento (ayuda, diagnóstico) absolutamente necesario.

Para tomar la puntuación adecuada, el entrevistador bajo entrenamiento previo sigue de forma sistematizada y estandarizada dos pasos, por un lado debe considerar los ítems objetivos críticos de cada escala determinada y por otro, tener en cuenta los ítems subjetivos o valoración del paciente. La puntuación final es la integración de ambas puntuaciones. Este procedimiento sistemático está inspirado en el instrumento *Health-Sickness Rating Scale* (Luborsky, 1962; Luborsky y Bachrach, 1974).

Las puntuaciones compuestas (*“Composite Scores”* en la versión original) construidas sobre la idea de sumar las puntuaciones individuales de un determinado grupo de ítems de cada escala, derivándose 8 puntuaciones compuestas, la escala de “consumo de drogas” proporcionad una PC para “alcohol” y otra de “drogas” para el resto. Una vez pasada la entrevista, se introducen los datos de los ítems en u programa informático para ser procesados.

En cuanto a la descripción de las escalas, consta de 6 áreas que hacen referencia a las distintas áreas personales del sujeto, así se distribuirían la escala de estado médico general, empleo/apoyo, consumo de alcohol y drogas, legal, familiares y sociales y psicopatológico. Estas escalas son independientes entre sí:

-*Escala Estado Médico General*: medida de la gravedad de la situación orgánica y de la salud general. Se evalúa la historia de hospitalizaciones, si existe alguna enfermedad médica crónica, posible tratamiento médico, etc. Se excluyen los problemas relacionados con Delirium tremens y sobredosis, incluidos en la escala de consumo de alcohol y drogas y la escala de estado psicopatológico. Se evalúa la preocupación por el problema y la necesidad percibida de apoyo o tratamiento. Por último, recoge los ítems

relativos a la valoración de la gravedad del entrevistador (VGE) y los que valoran la veracidad de la información.

-Escala De Empleo/Apoyo: evalúa la situación formativa, laboral y económica. Se evalúa el nivel de educación general alcanzada y la específica. A nivel laboral, la profesión, trabajos desempeñados y periodos de empleo. También se incluyen preguntas en relación a la situación económica, fuentes de ingreso y contribución al sostenimiento familiar. Se evalúa la preocupación por el problema en relación a esta escala y la necesidad percibida por el sujeto de apoyo o tratamiento. También se recogen los ítems relativos a la VGE y sobre la veracidad de la información.

-Escala De Consumo De Alcohol Y Drogas: evalúa la gravedad del consumo de drogas y alcohol, se evalúa el tipo, duración y la intensidad de consumo con las distintas sustancias de abuso, explora los periodos de abstinencia, los problemas específicos del consumo como sobredosis de drogas y delirium tremens y los tratamientos recibidos. Con respecto a cada una de las sustancias de abuso se determina el número de días de consumo en el último mes, número de años de consumo y vía de administración. Se evalúa la preocupación por el problema en relación a esta escala y la necesidad percibida por el sujeto de apoyo o tratamiento, distinguiendo alcohol y drogas, así como en la VGE. También incluye como en otros apartados, ítems sobre la veracidad de la información.

-Escala De Situación Legal: Se explora la situación actual judicial a la hora de iniciar el tratamiento, la situación legal historia mediante preguntas relativas a los delitos cometidos y detenciones, encarcelamientos y condenas pendientes. Como en apartados anteriores, existen ítems en relación a la VGE y sobre la veracidad de la información.

-Escala De Relaciones Familiares Y Sociales: La 5ª versión del ASI introduce una nueva “sección” denominada “Historia familiar” donde se explora la existencia de problemas psiquiátricos y de consumo de alcohol y drogas en la familia. Explora el estado civil y la satisfacción del mismo, relaciones sociales cercanas, etc. Por último, se evalúa la VGE de este apartado, así como la veracidad de la información.

-Escala De Estado Psicopatológico: Aporta información sobre el estado psicopatológico, sin pretender llegar a un diagnóstico clínico. Se explora la historia de

tratamientos y recursos previos recibidos, también se exploran síntomas y síndromes psicopatológicos en ausencia de los efectos de consumo de sustancias y hacen referencia a dos momentos temporales, antes de iniciar el tratamiento y a lo largo de la vida. En último lugar hace referencia a los síntomas que puedan estar presentes en el momento de la entrevista, VGE y veracidad de la información.

El número de ítems es de 142 y el tiempo de administración es entorno a los 45-75 minutos. Es útil realizar la entrevista en varios momentos del programa o tratamiento para evaluar la gravedad de cada una de las áreas personales del sujeto. También es útil poder realizar un seguimiento tras finalizar el tratamiento, no obstante, puede ser más difícil una vez el sujeto no se encuentra en tratamiento.

En cuanto a los datos de fiabilidad, la consistencia interna es de 0,62 para la subescala de drogas y 0,87 para la subescala de alcohol y enfermedades psiquiátricas). La fiabilidad test-retest es de 0,92. Con respecto a la validez, muestra relaciones con otros instrumentos como el MAST con una puntuación de 0,58 para la escala de uso de alcohol, y el Inventario Cuantitativo de la Conducta de Beber (Hayasida, 1981) de 0,87 para la subescala de uso de alcohol. También muestra correlaciones de 0,43-0,72 con otras variables como número de condenas y número de sobredosis. Las correlaciones con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) son de 0,52 y 0,47, respectivamente. El ASI no es válido para adolescentes, por lo que se creó el T-ASI con buena fiabilidad interjueces. Es sensible al cambio terapéutico (McLellan, et al. 1982).

Este instrumento, también ha sido utilizado para evaluar la capacidad de este instrumento para establecer tipologías multidimensionales, conglomerados (*clusters*) de pacientes drogodependientes (Kosten, Rounsaville y Kleber, 1983; McLellan et al., 1980; Siegal et al., 1995).

De entre las versiones que existen y teniendo en cuenta el propósito de este trabajo, tan solo nos centraremos en el que se ha utilizado en este estudio, El *European Addiction Severity Index* (Europasi).

-*European Addiction Severity Index* (Europasi; Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan, et al., 1992; adaptación española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996). En 1983, la Comisión de las Comunidades Europeas inicia un proyecto

denominado COST A6 que se organizó en distintos grupos de trabajo con la necesidad de consensuar un instrumento que pudiera aplicarse en distintos países de Europa y que permitiera la comparación de resultados. Se realizaron de forma independiente traducciones y estandarizaciones de la versión original del instrumento diseñándose finalmente el Europasi, a partir de la 5ª versión de ASI (de McLellan, et al.1992) intentando conservar la estructura original.

Veamos las diferencias en las distintas escalas:

-Escala del Estado Médico General: Se introducen cinco ítems nuevos, antecedentes de hepatitis, realización de la prueba de anticuerpos anti-VIH y un ítem relacionado con la existencia de tratamientos médicos en los últimos seis meses.

-Escala de Empleo/Apoyo: Se eliminan algunos ítems y se añade un ítem acerca de las deudas del sujeto y sobre el máximo periodo de desempleo.

-Escala de Consumo de drogas y alcohol: Se incluyen dos ítems relativos a las vías de administración (intravenosa) y acerca sobre si el sujeto ha compartido agujas, se evalúan los barbitúricos junto a benzodiacepinas, sedantes e hipnóticos. Se excluyen ítems y se sustituyen por ítems relacionados con tratamientos previos realizados en drogas y alcohol.

-Escala de Relaciones familiares/Sociales: la modificación se encuentra en el ítem relacionado con las personas con quién pasa el tiempo libre el sujeto, de cinco opciones se pasa a tres.

-Escala de Estado Psicopatológico: Los ítems de la escala son los mismos, excepto que se añade un ítem acerca del número de intentos suicidas que ha protagonizado el sujeto.

A pesar de las variaciones realizadas en el EuropASI en relación a la versión original ASI (McLellan, et al. 1982) esto no ha afectado a las puntuaciones totales del VGE y PC. También dispone de un manual para entrenamiento y administración de la entrevista, encontrando una descripción detallada del instrumento e información, ejemplos y consejos sobre las diferentes áreas e ítems para llevar a cabo la entrevista de forma adecuada, válida y fiable. Asimismo cuenta con la posibilidad de poder evaluar los resultados de las intervenciones readministrando el instrumento a los pacientes una vez que se haya intervenido sobre ellos. Se ha traducido a la práctica totalidad de

idiomas europeos, sin embargo, las publicaciones en revistas de impacto sobre sus propiedades psicométricas son muy escasas.

Los estudios realizados en otros países encontraron correlaciones de elevada magnitud entre las puntuaciones de gravedad y las puntuaciones compuestas para todas las secciones del EuropASI. Los resultados muestran una elevada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach superior de 0,70). La versión alemana del EuropASI apunta a la independencia entre las distintas secciones con coeficientes de correlación bajos. En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna resultó ser buena (alfa de Cronbach de 0,69-0,92) y la fiabilidad interexaminadores de moderada a excelente (coeficiente de correlación interclases de 0,62-0,99). Respecto a la validez convergente con el Test de Screening de Alcoholismo de Michigan, la correlación con la puntuación de gravedad de la sección de alcohol fue estadísticamente significativa y de magnitud moderada ($r= 0,44$) mientras que la correlación con la puntuación compuesta, aunque también significativa, obtuvo una magnitud baja ($r= 0,34$). Además, esta sección fue capaz de discriminar entre pacientes con y sin dependencia de alcohol ($t= 2.99$, 108 *df*, $p= 0,004$). La sección de salud psíquica obtuvo una validez convergente con la versión revisada del Listado de Síntomas (SCL-90-R) estadísticamente y significativa de magnitud moderada ($r= 0,55$) (Bobes et al., 2007).

4.4. Instrumentos de evaluación de los aspectos motivacionales y disposicionales

Para una adecuada evaluación de estos aspectos contamos con los que evalúan los estados de cambio, motivación para el cambio, balance decisonal, expectativas de autoeficacia, nivel de competencia situacional ante situaciones de riesgo, análisis de los episodios de recaídas, etc. Vamos a revisarlos en profundidad por ser objeto de este estudio.

-Escala De Evaluación Del Cambio De La Universidad De Rhode Island (URICA; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). En 1983, McConaughy, Prochaska y Velicer desarrollaron esta escala que evalúa el grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio y explora cuatro de los cinco estadios que fueron propuestos por Prochaska y DiClemente (1983) siguiendo el modelo transteórico de Cambio en las primeras formulaciones del modelo. Estas etapas-estadios son precontemplación, contemplación,

acción y mantenimiento etapas (véase el apartado 5.1 sobre el Modelo Transteórico del Cambio).

Mediante los análisis estadísticos se obtuvo un patrón simple de las cuatro fases que correlacionaban entre sí. La Preparación al cambio se observó cómo se mostraba en etapas adyacentes (contemplación y acción) y mediante análisis cluster se obtuvo, entre otros, un cluster de sujetos con puntuaciones elevadas en las escalas de contemplación y acción, y bajas en las de precontemplación y mantenimiento, esto fue interpretado como confirmación a la existencia de un estadio de preparación. En palabras de McConaughy, pudiera ser que la preparación al cambio se presentara como fenómeno transitorio entre etapas donde las personas realizan un compromiso de forma rápida en un momento dado o que la toma de decisiones que realiza el sujeto implica tanto la contemplación como el compromiso a la acción. Esto último encajaría con los datos que muestran un perfil que puntuaría alto en contemplación y acción. El análisis de conglomerados produjo nueve perfiles distintos que representan el 90% de la muestra total de sujetos (Prochaska y Diclemente, 1992). Estos perfiles darían una imagen clara de los sujetos que completaron la medida al comienzo de la terapia (McConaughy et al., 1983).

El autoinforme URICA evalúa el estado de cambio en relación a una conducta “problema”, siendo el investigador el que define qué problema es el objeto de estudio. Así pues, la formulación de los distintos ítems hace referencia al término “problema”, pudiéndose utilizar en cualquier problema de salud como sobrepeso, enfermedades crónicas, etc., siendo un instrumento de muy versátil (Tejero y Trujols, 1994). En el presente trabajo se utiliza este instrumento para la investigación específico en el campo de las drogodependencias.

El autoinforme consta de 32 ítems que el sujeto debe contestar en base a una escala lickert que se puntúa de 1 a 5 (totalmente en desacuerdo, bastante en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo). Cada uno de los ítems describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda un problema en su vida, el sujeto debe indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems haciendo referencia al momento actual y no haciendo referencia al pasado o a cómo le gustaría sentirse. El tiempo de administración

es corto, de 10 a 15 minutos. Se puede aplicar en el pre-tratamiento, durante el tratamiento y en el post-tratamiento.

Los estudios en relación a las propiedades psicométricas del URICA se han realizado en dependencias diferentes, como a la nicotina (Prochaska y DiClemente, 1985; Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992), alcohol (Carbonari y DiClemente, 2000; DiClemente y Hughes, 1990; Proyecto MATCH Research Group, 1997), cocaína (Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992), heroína (McCusker et al. 1994) y varias sustancias (Carney y Kivlahan, 1995; McCusker et al., 1994). Los resultados de los estudios existentes hablan de una buena consistencia interna en la estructura factorial (de 0,69 a 0,89) así como de buena validez en general en las distintas conductas adictivas.

En un estudio de Rossi y colaboradores en 1992, se aportan datos en relación a la fiabilidad en una versión de URICA reducida (16 ítems) donde figura la etapa de precontemplación ($\alpha=0,60$), contemplación ($\alpha=0,75$), acción ($\alpha=0,77$) y mantenimiento ($\alpha=0,70$). En otro estudio de Vallejos, Orbegoso y Capa (1990), en una muestra de más de 100 varones dependientes a distintas sustancias psicoactivas que realizaban tratamiento en comunidades terapéuticas y centros de día, se le aplicó el URICA, los autores encontraron una confiabilidad buena, *alpha Cronbach* ($r=.81$) y buena validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio, encontrándose evidencia empírica que apoya la existencia de los cuatro estadios de cambio (pre-contemplativa, contemplativa, acción y mantenimiento).

También parece encontrarse buena validez en cuanto a la existencia de perfiles en relación a la intención de cambio en sujetos drogodependientes. Dozois, Westra, Collins y Fung (2004) miden las correlaciones entre las distintas subescalas, obteniéndose una correlación negativa entre el estadio de precontemplación y el resto de subescalas, así como correlaciones fuertes entre acción y mantenimiento y menos con contemplación, lo que aporta apoyo científico a la teoría de Prochaska y DiClemente (1983, 1984a, 1984b). Con respecto a la validez predictiva los resultados no son tan buenos con el alcohol y otras sustancias, siendo el estudio más sólido el Proyecto MATCH (1997). Los resultados inconsistentes pueden explicarse porque la mayoría de los estudios que han evaluado la validez predictiva han utilizado las puntuaciones de una sola etapa siendo una alternativa el utilizar las puntuaciones compuestas que tienen

en cuenta las puntuaciones de más de una etapa. Esta forma permite una visión más completa de la motivación de un individuo. Por ejemplo, dos sujetos con puntuaciones altas en la etapa de precontemplación pero con diferentes puntuaciones en la etapa de acción sugeriría diferentes perfiles de motivación (Pantalon, Nich, Frankforter y Carroll, 2002).

-*El Inventario de Procesos de Cambio* (IPC; Tejero y Trujols, 1988; Tejero, Trujols y Hernandez, 1990). Siguiendo al modelo desarrollado por Prochaska y Diclemente, este inventario es un autoinforme basado en los procesos de cambio del modelo, donde cada uno de las subescalas o procesos es evaluado mediante cuatro ítems. Los procesos son: aumento de la concienciación, relieve dramático, liberación social, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos.

En sus orígenes se utilizó para evaluar los procesos de cambio en adictos a la heroína Heroína (IPC-AH); (Tejero, Roca, Trujols y Campins, 1993; Tejero y Trujols, 1988; Tejero, Trujols y Furió, 1993; Tejero, Trujols y Hernández, 1990) y en fumadores (Diclemente et al., 1991; Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988).

La versión genérica de drogas, es la utilizada en el presente trabajo (Tejero et al., 1993). Consta de 40 ítems y se puntúa de 0-3 (0: no es en absoluto mi caso; 1: algunas veces es mi caso; 2: bastantes veces es mi caso; 3: muchas veces es mi caso). El sujeto debe evaluar mediante esta escala la frecuencia con que en el momento actual le ocurre cada una de las afirmaciones descritas. La duración que se estima para su realización es de 10 a 15 minutos.

El Inventario de los procesos de cambio pretende identificar qué procesos de cambio (estrategias o tareas cognitivo-conductuales) utiliza un determinado sujeto en el momento actual con el objetivo de poder dilucidar en qué estadio de cambio se encuentra. Una vez que el clínico conoce los procesos utilizados, puede ubicar al individuo en la etapa de cambio en la que se encuentra y a partir de este punto, poder diseñar el plan de intervención adecuado con objetivos realistas y favorecer un abordaje eficaz para facilitar la progresión del sujeto en las distintas etapas hacia la abstinencia.

Con respecto al IPC-AH, a partir de los trabajos realizados por los autores Tejero y Trujols en 1988, se ha podido concluir que es un buen instrumento con una

consistencia y validez aceptable, así como una importante eficacia discriminativa entre los distintos procesos. Estos autores afirman que tanto los procesos de control de estímulos como de contracondicionamientos serían los procesos clave en la etapa de mantenimiento y en relación a la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

-*El Cuestionario de Balance Decisional para Adictos a la Heroína* (BD-AH; Prochaska, 1994; Tejero y Trujols, 1994; Tejero, Trujols y Roca, 1993). A partir de la formulación de Janis y Mann (1977) que hablan de los componentes motivacional y cognitivos que se encuentran implicados en el proceso de la toma de decisiones que llevan al cambio conductual, surge el cuestionario denominado Balance Decisional para dependientes a la heroína (Tejero, Trujols y Roca, 1994) es un autoinforme diseñado para poder evaluar conflicto decisional al que se enfrenta un sujeto dependiente a la heroína ante el abandono de la adicción a los opiáceos. Encontramos un autoinforme semejante para adictos a la nicotina (Velicer, Diclemente, Prochaska y Brandenburg, 1985).

El autoinforme BD-AH tiene el objetivo de evaluar los componentes motivacionales y cognitivos que se encuentran implicados en los procesos de toma de decisiones que se relacionan con los cambios conductuales del individuo. Consta de 20 ítems y muestra dos escalas (10 ítems cada una de ellas), una de pros (beneficios) y otra de contras (costes). La escala de los pros hace referencia a los beneficios o aspectos positivos en relación al consumo y la escala de los contras presenta los contras o aspectos negativos del consumo de sustancias y consta del mismo número de ítems que la escala de los pros. Este cuestionario presenta preguntas acerca de los pros y contras del consumo de las sustancias con los que tiene un problema. En total, consta de 20 ítems que siguen una escala tipo Likert 0-4 (0: no estoy nada de acuerdo; 1: estoy algo de acuerdo; 2: estoy bastante de acuerdo; 3: estoy muy de acuerdo; 4: estoy totalmente de acuerdo). Se estima que la duración para su cumplimentación es de 5 a 10 minutos.

En el presente trabajo se utiliza el Cuestionario de Balance Decisional de Tejero, Trujols y Roca (1994) en su versión genérica de drogas.

-Escala De Autoeficacia (SES; Rossi, 1992; Velicer, DiClemente, Rossi y Prochaska, 1990).

Partiendo de que el constructo de la autoeficacia se relaciona con la intención conductual o cambio de conducta, su utilización en la investigación y práctica clínica ha sido relevante (Burling, Reilly, Moltzen y Ziff, 1989; Gossop, Green, Phillips y Bradley, 1990). La autoeficacia en el estadio de acción es un aspecto crucial ante una posible recaída, así como en el estadio de mantenimiento (Marlatt y Gordon, 1985).

La escala está compuesta de 30 ítems que miden la tentación para consumir y la confianza de no consumir que tiene el sujeto, siendo los 30 ítems repetidos para ambos constructos y que son evaluados mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1: nada; 2: no mucha; 3: moderada; 4: mucha; y 5: extrema). La puntuación máxima en cada subescala (tentación y confianza) es de 150, siendo la autoeficacia percibida por el sujeto la diferencia entre ambos constructos.

En el formato original se representan cinco grupos de situaciones que exploran el grado de tentación y confianza en situaciones afectivas negativas, situaciones sociales positivas, sobre los deseos de consumo y hábitos del mismo, situaciones de consumo y evaluación del control personal. Esta escala es sucesora de un trabajo de Velicer y colaboradores realizado en 1993 de donde es tomada la estructura factorial y de entrevistas donde se evaluaban situaciones relacionadas con conductas adictivas (Marlatt y Gordon, 1985). Con respecto a las propiedades psicométricas, presenta una buena consistencia interna (0.97) para ambas escalas (tentación y confianza).

Existen otros instrumentos semejantes como el Self-Efficacy Questionnaire (DiClemente, 1981) y el Smoking Self-Efficacy Questionnaire (Colletti, Supnick y Payne, 1985) utilizados mayoritariamente en el ámbito del tabaquismo. La mayoría de las escalas están construidas en base a la idea de que las recaídas están impulsadas por influencias situacionales específicas adictivas (Marlatt y Gordon, 1985).

4.5. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida

En el Foro Mundial de la Salud (Grupo de la OMS, 1996) con el intento de consensuar a nivel internacional, tanto del concepto como las dimensiones de la Calidad de Vida, la define como “la percepción personal de un individuo de su situación en la

vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Según Lehman (2000) el concepto de calidad de vida abarca tres áreas globales: lo que la persona es capaz de hacer o estado funcional, el acceso a los recursos y a las oportunidades para usar esas habilidades y obtener logros, y en tercer lugar, la sensación de bienestar. Las dos primeras se conciben como una dimensión objetiva y la segunda como subjetiva. Dentro de estas dimensiones se apuntan distintos dominios de la vida como la salud, familia, relaciones sociales, trabajo, situación económica y lugar de residencia, siendo por tanto el concepto de calidad de vida complejo y multidimensional.

El interés por el estudio de este concepto ha permitido un incremento de instrumentos elaborados para su valoración existiendo en la actualidad alrededor de dos centenares de instrumentos. No es nuestra intención ahondar en estos instrumentos pero sí mencionar brevemente alguno de ellos. Por ejemplo, *Índice de Bienestar Psicológico General* (PGWB- Index Psychological General Well-Being). *Cuestionario de Salud General* (GHQ-General Health Questionnaire; Golberg, 1972) con distintas versiones de Muñoz y colaboradores (1978,1979) y el equipo de Lobo (Lobo y Gimeno, 1981; Lobo, Perez-Echevarría y Artal, 1986); *Pefil de Salud de Nottingham* (NHP-Nottingham Health Profile) desarrollado por el equipo de Hunt (1981, 1986); Cuestionarios de salud basados en el estudio de resultados médicos (MOS-Medical Outcomes Study): SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993) y MOS-VIH (SF-35) (Iraurgi, 1999), *Cuestionario de Calidad de Vida* (Ruíz y Baca, 1993); *La matriz de Rosser y King y la medida Qualy* (Rosser y Watts, 1972, 1978; Rosser y King, 1978; Rosser, cotter, Rabin y Selai, 1992) y en castellano (Alfonso-Sánchez, Sanchís-Noguera y Prado Del Baño, 1991; Balletero, Bielza, Gómez-Olmedo, Maldonado y Balbé, 1999; Iraurgi, 2002a).

Entre los más utilizados se encuentran dos de ellos que pasas a comentar brevemente (Iraurgi, 2002):

-*Cuestionario de Salud General* (GHQ-General Health Questionnaire; Golberg, 1972). La versión original consta de 60 ítems aunque se han relizado versiones posteriores más abreviadas del instrumento. La versión de 28 ítems es la más utilizada en la investigación actual y evalúa síntomas subjetivos de distrés psicológico, manifestaciones somáticas asociadas a ansiedad y/o depresión, y dificultades de relación

y de adecuación a los roles sociales y familiares. Distintos estudios han comprobado su validez de contenido, constructo y predictiva; la fiabilidad mediante alfa de cronbach se encuentra entre 0,77 y 0,9 y el test-retest entre 0,51 y 0,90. Las distintas versiones pueden ser localizadas buscando los trabajos de Muñoz y colaboradores (1978,1979) y el equipo de Lobo (Lobo, 1981; Lobo et al., 1986).

-Cuestionarios de salud basados en el estudio de resultados médicos (MOS-*Medical Outcomes Study*): SF-36 y MOS-VIH (SF-35). El SF-36 es conocido a nivel mundial a través del proyecto IQOLA (*International Quality of Life Assessment*) y adaptado a más de 15 idiomas (Medical Outcomes Trust; Gandek y Ware, 1998). Existe una versión de 35 ítems que evalúa el estado de salud y calidad de vida percibida en sujetos con VIH-SIDA (MOS-VIH) (Badía y Podzamczar, 2000). Estos dos instrumentos son multidimensionales que exploran la percepción subjetiva del estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud. Pueden ser administrados mediante entrevista clínica y autoadministrados. El SF-36 consta de 36 ítems que evalúan dos áreas: área de salud física que comprende cuatro dimensiones (función física, social, limitaciones de rol por problemas físicos y limitaciones por problemas emocionales, y el segundo área de bienestar emocional que se compone de las dimensiones de salud mental, vitalidad y dolor. La salud como evaluación general mide la percepción de la salud general y el cambio de salud en el tiempo (siendo estas dos últimas dimensiones consideradas de forma aislada). El MOS-VIH consta de 35 ítems que hacen referencia a 11 dimensiones de salud, que junto con las referidas en el SF-36 aportan tres más que son la preocupación por la salud, la función cognitiva y la percepción de calidad de vida (esta última se evalúa de forma independiente). En las dos formas se obtienen dos índices (Índice de Salud Física e Índice de salud Mental). Las propiedades psicométricas de ambos instrumentos están ampliamente demostradas.

Para finalizar este capítulo acerca de la evaluación en drogodependencias, se puede decir que el uso de instrumentos estandarizados en la evaluación clínica en este campo es de vital importancia tanto en la investigación de cara a unificar criterios, así como en la clínica profesional pues aporta una importante herramienta de trabajo a la hora de valorar los casos, avanzar y ofrecer intervenciones ajustadas y de calidad asistencial a la población tratada, así como poder evaluar el proceso de cambio terapéutico y la duración de los cambios logrados en el tiempo.

Se ha podido exponer las distintas aplicaciones clínicas en materia de evaluación como las funciones de cribado, diagnóstico, pronóstico, planificación de tratamiento y seguimiento con la existencia de un amplio abanico de instrumentos a utilizar dependiendo del momento en el que se encuentre el clínico. Aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en este campo, todavía queda mucho por recorrer para poder llegar a un nivel de calidad de los instrumentos de los que se dispone por lo que se muestra de interés la replicación de investigaciones y estudios para aportar mayor información y rigor metodológico.

Añadir, que resulta imprescindible la formación de los profesionales en el manejo de los instrumentos de evaluación, así como su aplicación de forma sistematizada en el trabajo diario en los distintos dispositivos y servicios de atención y abordaje en drogodependencias.

CAPÍTULO 5. APROXIMACIÓN A LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

La World Health Organization (2001) define la psicoterapia como un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales; además subraya que la psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico, para diferenciarla del quehacer médico. Desde una perspectiva psicológica, es una intervención profesional basada en técnicas psicológicas en un contexto clínico (Hospital, unidad de Salud mental, consulta privada, asociados, etc). El psicólogo clínico trabaja con la persona para eliminar el sufrimiento a través de facilitarle una serie de habilidades adecuadas para hacer frente a los problemas de la vida cotidiana. En el campo de las drogodependencias, la psicoterapia (en cualquier formato) es la pieza angular desde donde gira todo el entramado de cualquier programa de intervención a realizar.

Desde la práctica clínica, la intervención en drogodependencias tiene un papel muy importante en el paciente con problemas de adicción, siendo un elemento de vital importancia la evaluación de la intervención realizada o del programa aplicado para conocer si es eficaz y válido, es decir, si se han alcanzado los objetivos planteados, en qué condiciones, y si se puede replicar en otros contextos distintos. En los últimos años se ha despertado el interés por realizar estudios donde se examine la eficacia de los programas realizados en el campo de las drogodependencias. En este sentido hay multitud de estudios al respecto, aunque se cuenta con multitud de investigaciones con alto rigor científico, lo cierto es que existe también disparidad de resultados debido a la diferencias entre las condiciones de investigación con las que se ha contado, con lo que resulta complicado comparar los resultados obtenidos. Es importante señalar que todas las intervenciones no sirven para todos los pacientes, ni todos los pacientes parten del mismo momento en cuanto a su proceso de cambio, así como que determinadas intervenciones pueden mostrar resultados diferenciales dependiendo del tipo de perfil de drogodependiente.

En este apartado, en primer lugar, la intención es profundizar en tres de las aproximaciones básicas en el abordaje del paciente con trastornos por consumo de

sustancias que son parte fundamental de la intervención que se realiza en el recurso del que parte la muestra de estudio de la presente tesis doctoral. Estas aproximaciones son el Modelo Transteórico del cambio, la Entrevista Motivacional y Prevención de Recaídas. En segundo lugar, se realiza una revisión acerca de los tratamientos psicológicos que han resultado ser eficaces o estudios de investigación que existen en este campo en base a distintas estrategias o programas de intervención como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias, terapia cognitiva, programas multicomponentes y programas en comunidades terapéuticas, así como las realizadas atendiendo a otras variables de investigación como el formato individual o grupal y duración del tratamiento. En tercer lugar, se ofrece una revisión de estudios que ofrecen una clasificación según la tipología de consumidor de alcohol y su extensión al consumidor de otras sustancias.

5.1. Modelo Transteórico del Cambio

El Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1984a, 1984b, 2005; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992; Prochaska y Norcross, 2010) es un modelo de referencia para el estudio, investigación e intervención en el cambio de comportamiento de las personas frente a comportamientos problemáticos que ponen en riesgo su salud (Prochaska, 2008a), siendo hoy en día la salud, un concepto ampliamente valorado y donde las distintas disciplinas relacionadas con ella se esfuerzan por avanzar en este terreno.

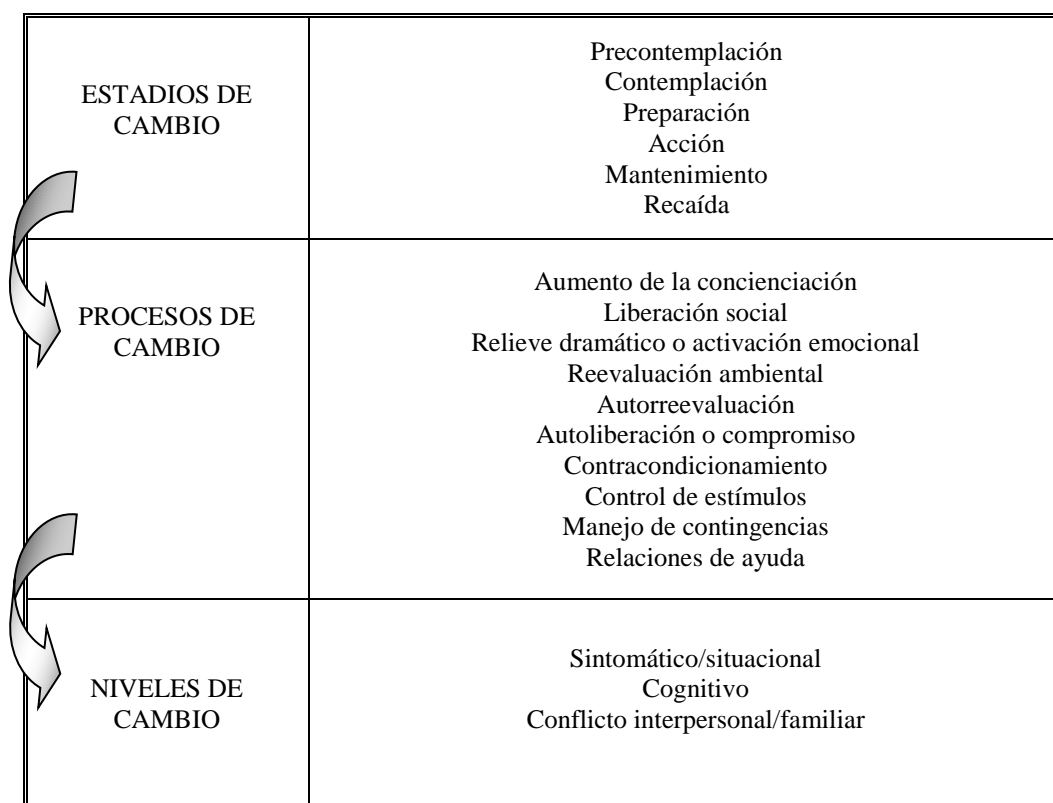
El modelo transteórico de cambio representa un modelo que surge de multitud de enfoques psicoterapéuticos, siendo un modelo ecléctico, integrador y tridimensional que aporta una concepción global y diferenciada del proceso de cambio que sigue al cese de una conducta adictiva, integrando tres elementos o dimensiones fundamentales: estadios, procesos y niveles de cambio (Prochaska y DiClemente, 1984b, 2005; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Norcross, 2010).

Los estadios o etapas representan el primer elemento o dimensión temporal del modelo y son cada una de las etapas por las que se mueve una persona con problemas de sustancias cuando se propone abandonar esa conducta problemática, siendo cada uno de los estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Los procesos de cambio suponen un segundo elemento dentro de la teoría tridimensional, son los que permiten conocer cómo se producen los cambios en las distintas etapas o estadios. Son las estrategias, tareas o actividades iniciadas por el individuo para modificar su comportamiento problemático que a su vez se encuentran relacionados con cada uno de los estadios de cambio. Son diez procesos estructurados y englobados en dos grupos, como factores de segundo orden: cognitivos/experienciales (aumento de la concienciación, autoreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de autoayuda, contracondicionamiento y control de estímulos).

Los niveles de cambio (representan la tercera dimensión) se encuentran organizados jerárquicamente, son cinco niveles donde se centran las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas que se realizan: síntoma/situacional, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos interpersonales.

Figura 5.1. Principales elementos del modelo transteórico



ESTADIOS DE CAMBIO	Precontemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento Recaída
PROCESOS DE CAMBIO	Aumento de la concienciación Liberación social Relieve dramático o activación emocional Reevaluación ambiental Autoreevaluación Autoliberación o compromiso Contracondicionamiento Control de estímulos Manejo de contingencias Relaciones de ayuda
NIVELES DE CAMBIO	Sintomático/situacional Cognitivo Conflicto interpersonal/familiar

Elaborado a partir del modelo Transteórico del Cambio (Prochaska et al., 1983,1994a, 1994b).

El apartado que se presenta a continuación es un intento de profundizar en el modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1982, 1983, 1984a,

1984b, 2005), donde se ofrece un acercamiento a su fundamentación teórica, evidencia empírica existente y críticas que ha recibido. Un acercamiento a este modelo se muestra de interés a la hora de profundizar en la comprensión de cómo las personas se mueven y progresan a través de las distintas etapas de cambio, así como qué procesos de cambio utilizan o intervienen en el tiempo, durante la realización de un programa de tratamiento como es el objeto de esta tesis doctoral.

5.1.1. Fundamentos del Modelo Transteórico del Cambio

El Modelo transteórico de cambio (Prochaska, 1984, Prochaska y Diclemente, 1982, 1983; 1984a, 1984b; Prochaska et al., 1992; Prochaska et al., 1994) se desarrolló en la década de los setenta en EEUU por psicólogos de la Universidad de Rhode Island, James Prochaska y colaboradores a partir un análisis comparativo de más de una veintena de las principales teorías y enfoques psicoterapéuticos que se centraban en el proceso de cambio de las personas. Este modelo surgió del estudio y síntesis de todos estos enfoques existentes, de ahí que se denomine transteórico, ya que combina distintas variables de cambio extraídas de distintas teorías de psicoterapia (Psicoanalítica, Humanista o Existencial, Gestalt, Conductual, Gognitiva, Constructivista, etc.) concluyendo que todas habían sido y eran válidas de cara a apoyar y ayudar a las personas a cambiar sus comportamientos perturbadores y poco saludables.

Prochaska (1984) y Prochaska y Diclemente (1982) observaron que todas estas teorías tenían sus limitaciones y que ninguna de ellas por sí sola explicaba en detalle el proceso de motivación para que las personas cambien, desarrollándose así como un modelo integral de cambio de comportamiento, considerándose como una revolución en las Ciencias de la salud y de la conducta demostrando en estas décadas de investigación que el cambio es entendido como un proceso más que un resultado (Sobell, Sobell, Toneatto y Leo, 1993; Tucker, Vuchinick y Gladsjo, 1994).

Distintas formulaciones del modelo transteórico de cambio han ido apareciendo a lo largo del tiempo por los autores que lo desarrollaron. En la versión de 1983 se mostraba la etapa de precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída, mostrándose la etapa de preparación al cambio y finalización ausentes. Los procesos de cambio eran relevantes en las etapas de contemplación, acción y mantenimiento, y el constructo de toma de decisiones o balance decisional también se mostraba ausente, así como las expectativas de autoeficacia. Tras sucesivas revisiones,

en 1992 se introduce la terminación como el final de la espiral de cambio y no como una fase separada. Se mencionan tanto el balance decisional como las expectativas de autoeficacia como conceptos clave relacionados dentro de la espiral de cambio.

En formulaciones iniciales se concibió el modelo de las etapas como una progresión secuencial donde la persona iba avanzando de una etapa a otra de forma lineal, donde el cambio de conducta seguía una especie de ley del todo o nada, donde o se producían o no se producían todos los fenómenos, donde el cambio se concebía como algo homogéneo, como un resultado (abstinencia vs. consumo). Con el tiempo se concibió como una progresión gradual dentro de ese proceso de cambio, un avance en espiral, ya que la mayoría de las personas en el proceso de cambio suelen sufrir alguna recaída en su problema y vuelven a etapas anteriores, no siguiendo siempre el mismo recorrido, pudiendo quedar atrapados en alguna etapa durante meses o incluso años (Prochaska et al., 1992).

Figura 5.2. Formulaciones del modelo de Prochaska y Diclemente (1983, 1992)

	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>
<i>Formulación de 1982, 1983</i>	Modelo secuencial Estadios: Precontemplación, Contemplación, Acción, Mantenimiento y Recaída Procesos de cambio presentes en contemplación, acción y mantenimiento	Estadios: Preparación al cambio y Finalización Variables Balance decisional y expectativas de Autoeficacia
<i>Formulación de 1991, 1992</i>	Modelo en espiral Estadios: Precontemplación, Contemplación, Acción, Mantenimiento y Finalización Variables implicadas en el proceso: Balance decisional y expectativas de autoeficacia	

Elaborado a partir del modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Diclemente, 2005).

Coincidentes con un modelo de etapas se encuentran escritos de Horn y Waingrow (1966) donde proponen por primera vez cuatro etapas de cambio para dejar el hábito de fumar; (a) contemplando el cambio, (b) decidir cambiar, (c) cambio a corto plazo, y (d) cambio a largo plazo. Esto es similar a los modelos de tres etapas sugeridas por DiClemente y Prochaska (1982), Rosen y Shipley (1983), y Marlatt y Gordon

(1985), que implican la decisión y el compromiso para cambiar, el cambio inicial, y mantenimiento de cambio.

Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) distinguen entre motivación y compromiso, cambio inicial de la conducta y por último, mantenimiento del cambio de cualquier conducta adictiva. Más actual sería la propuesta de Schneider y Khantzian (1992) que hablan de tres etapas donde se situaría la ambivalencia e indecisión de los primeros momentos, segunda etapa de resolución y acción, y por último, mantenimiento y prevención de recaídas.

Así pues, parece que existen varios modelos que concluyen dividir el proceso de cambio en etapas (DiClemente y Prochaska, 1982; Marlatt y Gordon, 1985; Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 2005; Rosen y Shipley, 1983) y parece que hay una convergencia de opinión en que existen al menos tres etapas fundamentales.

En las distintas formulaciones de Prochaska y colaboradores (1982, 1983, 1984a, 1984b, 1991, 1992, 1994) se han conceptualizado incluso hasta siete etapas aunque las más relevantes serían cinco. La denominación de estas etapas serían la precontemplación, contemplación, preparación a la acción, acción y mantenimiento, quedando como en otro plano la recaída y la finalización. Estas etapas reflejarían los aspectos temporales e intencionales dentro del proceso de cambio de la persona.

Por otro lado, existe evidencia de una falta de acuerdo por parte de algunas teorías de terapia de asumir que ni todos los clientes que se presentan para terapia están en la misma etapa de cambio, ni todos utilizan o están preparados para utilizar los mismos procesos de cambio. En esta línea, varios estudios acerca de pacientes que seguían un tratamiento a nivel ambulatorio indicaban que se encontraban en distintas etapas (Carbonari y Diclemente, 2000; Diclemente y Hughes, 1990; McConaughy, Diclemente, Prochaska y Velicer 1989). Por tanto, la clave para fomentar el cambio y que el resultado sea exitoso, sería entender en qué etapa se encuentra la persona y después, decidir qué estrategias o procesos debería utilizar (Norcross, Krebs y Prochaska, 2011; Prochaska y Diclemente, 2005), teniendo en cuenta que una etapa de cambio representa un periodo de tiempo y una serie de tareas o estrategias que necesita poner en marcha para poder avanzar y progresar hacia la próxima etapa.

En un principio este modelo fue aplicado en el cese del hábito de fumar para luego aplicarse a multitud de comportamientos relacionados con la salud tales como abuso de drogas, alcohol, control de peso, cáncer, etc. hasta en doce problemas distintos

(Prochaska et al. 1994), aplicándose actualmente a otros problemas de salud (Prochaska, 2008b, Hall y Rossi, 2008).

5.1.2. Estadios de cambio

Según este modelo, Prochaska y Diclemente (2005) las personas progresan a través de los cinco estadios o etapas distintas en el proceso de cambio:

1. Precontemplación

En esta primera etapa, la persona no tiene intención de adoptar medias de cambio, por lo menos, en los próximos 6 meses (Prochaska et al., 1994). Las personas que se encuentran en este estadio inicial no son conscientes ni piensan que presenten algún problema que pueda estar afectando a su salud, no ven su propio problema por lo que no pueden contemplar una solución (“Si no existe un problema, ¿por qué buscar una solución?”). Todo ello ocurre independientemente de que su entorno más próximo le esté mostrando claramente la repercusión y gravedad de sus problemas, estas personas son incapaces de verlo y de pedir ayuda.

Suelen llegar a consulta básicamente presionados por los demás, bien sea su familia, amigos o a través del sistema de salud o judicial, presentando lo que se denomina una motivación más externa o extrínseca. Estas personas pueden iniciar tratamiento si son presionados, e incluso modificar la conducta problemática, no obstante, cuando cesa la presión cesa el cambio, volviendo automáticamente al inicio del problema, al estilo de vida habitual y perjudicial.

Las personas que se encuentran en este estadio pueden permanecer en él meses e incluso años, adoptando una actitud pasiva y desmoralizante hacia sí mismos y su problema, actitud que no ayuda y que termina por perpetuar el problema. Algunos pueden haber intentado a lo largo de su vida resolver sus problemas pero el resultado ha sido infructuoso una y otra vez, por lo que terminan abandonándose y cada vez los intentos son menos intensos debido al miedo a volver de nuevo a fracasar. Esta postura adopta una serie de mecanismos de protección o defensa ante el cambio como intento de perpetuar este estadio que aunque perjudicial es un estadio conocido para ellos, situándose en una zona cómoda o conocida. Los mecanismos utilizados suelen ser la negación (negación de la existencia del problema Ej.: “No, si yo no tengo ningún problema”), la minimización hacer (restar importancia al problema o a las consecuencias derivadas del problema Ej.: “he bebido, pero tan solo un poco y no tiene ninguna relación con mi estado de salud”), justificación (explicaciones racionales o no

acerca de la conducta Ej.: “dicen que un vasito de vino es bueno en las comidas”), proyección o desplazamiento (dirigir la responsabilidad del problema a otras fuentes u otras personas, Ej.: “fue él quien me ofreció, no tuve nada que ver”) e internalización (ocultamiento de problemas a fin de evitar daños).

En relación a los procesos de cambio característicos de esta etapa se darían el aumento de concienciación, las relaciones de ayuda y la liberación social (Prochaska et al. 1994).

Existe un mito...al lidiar con varios problemas serios de adicción relacionados con la salud... más es siempre mejor. Más educación, más tratamiento intenso, más confrontación, necesariamente provocarán un cambio mayor. Nada es menos cierto con los precontempladores que esto. Una intensidad mayor a menudo trae menos resultados con este grupo. Así que es particularmente importante usar estrategias motivacionales cautelosas, en lugar de preparar programas de una gran intensidad...los cuales ignorarán a los que no estén interesados en cambiar...un comportamiento problemático...No podemos hacer que los precontempladores cambien, pero podemos ayudarlos a motivarse a pasar a la contemplación (DiClemente, 1991).

2. Contemplación

La intención de pasar a la acción en los próximos 6 meses (Prochaska et al., 1994). Las personas en esta etapa contempladora son conscientes de que existe un problema y se contempla de alguna manera abandonar el problema en los próximos meses. El hecho de que sean conscientes no garantiza que avancen en el proceso de cambio pues aunque comienzan a sopesar las ventajas de lo que supondría un cambio, el peso de los inconvenientes o contras lo perciben elevado no produciéndose un firme compromiso de cambio en este momento.

En esta etapa comienza a interesarse por su problema, preguntan a los demás, observan la relación de su problema de sustancias con las consecuencias en distintas áreas personales, en definitiva, muestran interés hacia su problema y hacia la solución aunque en un estado inicial es un proceso más cognitivo que conductual, tienen planes imprecisos de cómo lo intentarían o por dónde empezarían pero no una estrategia firme en su mente.

Propio de esta etapa es la ambivalencia, las dudas y las contradicciones. Mientras no comiencen a resolver esas dudas se mantendrán en esta etapa (Ej.: “quiero y no quiero, ¿qué hago?”, “me apetece consumir pero sé que no me conviene”).

En relación a los procesos de cambio característicos de esta etapa se encuentran el relieve dramático, autoreevaluación y relaciones de ayuda (Prochaska et al. 1994).

La contemplación a menudo es una etapa de cambio paradójica, donde la ambivalencia puede hacer de la contemplación una condición crónica (y extremadamente frustrante)... Claramente, el interés (en el cambio) no es un compromiso...La ambivalencia es el archienemigo del compromiso y una razón principal para la contemplación crónica. Ayudar al cliente a trabajar a través de la ambivalencia, a anticipar las barreras, a disminuir la deseabilidad del comportamiento problemático, y ganar cierto sentido de autoeficacia para manejar su problema específico, son todas las estrategias adecuadas para esta etapa (DiClemente, 1991).

3. Preparación al cambio

La intención de pasar a la acción en los próximos 30 días (Prochaska et al., 1994). En esta etapa se ha tomado la decisión de cambiar y comienzan a construirse planes o estrategias de acción. La persona ha realizado un compromiso consigo mismo. Es el momento de dar pequeños pasos o avances, los pequeños cambios (Ej.: “estoy disminuyendo el consumo de porros”), son planteados en un futuro próximo (Ej.: “Este mes comienzo”), comienzan a hacer público su intención de cambio (Ej.: “hoy reuniré a mis padres y se lo contaré”). En esta etapa no sólo se dan cambio a nivel cognitivo sino también conductual, es el estado inicial de la etapa de cambio.

En relación a los procesos de cambio, en esta etapa se daría la autoliberación, autoreevaluación y relaciones de ayuda (Prochaska et al. 1994).

4. Acción

Se muestran cambios observables y manifiestos en menos de 6 meses (Prochaska et al. 1994). Esta es una etapa de movimiento en sí misma y de cambio, donde la persona invierte considerable tiempo y energía en modificar la conducta o realizar cambios en su entorno para afrontar el problema de sustancias. La persona en actuación deja de acudir a los lugares de mayor riesgo de consumo, utiliza estrategias para manejar su ansiedad, establece cambios en su estilo de vida (horarios, alimentación, sueño, toma de medicación, etc.) modifica su círculo de amistades y lo renueva por nuevas relaciones más beneficiosas, utiliza estrategias de rechazo ante ofrecimientos y ante los obstáculos o errores busca nuevas soluciones. Los pasos son evidentes para la propia persona y observables para las personas de su entorno más inmediato por lo que recibe reconocimiento que sirve de refuerzo para proseguir con los cambios y fortalecer la creencia personal de éxito y de cambio.

Esta etapa no se considera como culminación del cambio, que se dará en la última etapa, mantenimiento. En esta etapa como en las anteriores, se dan una serie de procesos de cambio como son el contracondicionamiento, el control ambiental y el manejo de contingencias (Prochaska et al. 1994)

El compromiso sólido por sí solo no garantiza el cambio. Desafortunadamente, el entusiasmo no compensa el vacío...el compromiso sin las destrezas de manejo y actividades adecuadas puede crear un plan de acción insubstancial. La anticipación de los problemas y peligros latentes parece ser una destreza firme para resolver problemas (Diclemente, 1991)

5. Mantenimiento

Serían los cambios observables y manifiestos más allá de seis meses (Prochaska et al. 1994). Una vez alcanzada esta etapa, los esfuerzos de cambio son menores, se busca estabilizarse en la misma, consolidar los logros alcanzados y prevenir un desliz o recaída o retroceso en las etapas. Esta fase no tiene un punto final ya que el mantenimiento implica un esfuerzo continuado para sostener los cambios. En esta etapa tiende a bajarse el nivel de alerta bajo la confianza o creencia de superación y finalización del problema de sustancias por lo que la tendencia es la recaída, retrocediendo a estados iniciales (Prochaska et al. 1994).

Teniendo esto en cuenta, la norma sería la recaída y no una excepción (Prochaska y Diclemente, 1992) por lo que es de suma importancia dar a esta etapa la importancia que merece pues sin una revisión continua de los logros alcanzados y obstáculos encontrados la probabilidad de regresar a estadios anteriores aumenta. En palabras de los propios autores, la etapa de mantenimiento no es una ausencia de cambio, sino la continuidad del cambio (Prochaska y Diclemente, 1984).

6. Finalización

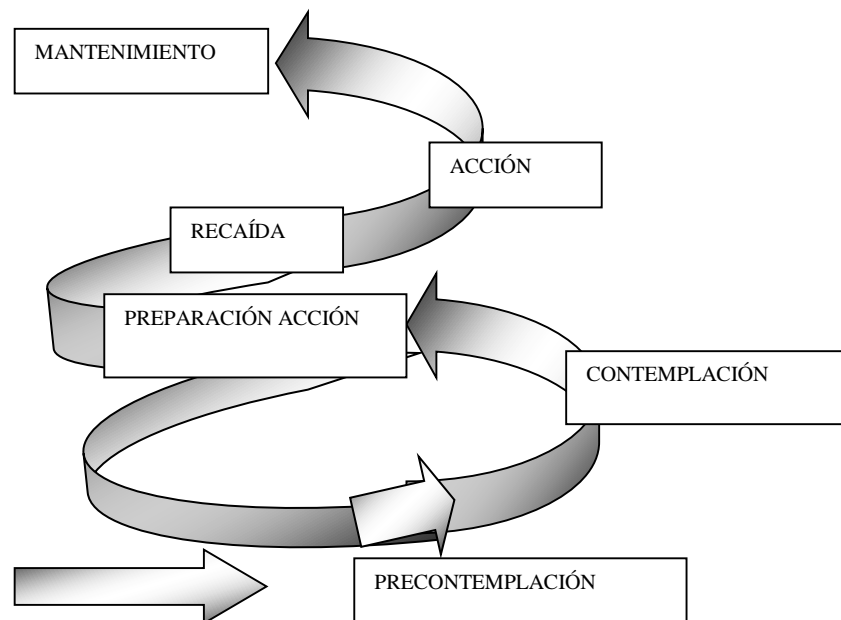
La finalización se da cuando los cambios son mantenidos a lo largo del tiempo y donde las conductas de búsqueda de sustancias o los disparadores de deseos de consumo se debilitan haciéndose menos intensos. La persona no siente que tenga que realizar esfuerzos por mantener la conducta ni por mantener su nuevo estilo de vida, se considera por tanto que la persona no presenta el problema de sustancias, saliéndose de la espiral de las etapas de cambio.

7. Recaída

La recaída supone un fallo en las estrategias de afrontamiento en la fase de acción y mantenimiento. Podríamos decir que hay dos definiciones con respecto al

concepto de recaída, la primera sería "una recurrencia de los síntomas de una enfermedad después de un período de mejoría". Esto se refiere a un resultado y supone una dicotómica, está enfermo o no está enfermo. La segunda definición sería "el acto de reincidencia, empeoramiento, o remisión". Esta segunda definición se centra en un proceso e implica algo menos grave, quizás un desliz, lapsus o error. La elección de la definición del proceso o resultado tendría importantes implicaciones para la conceptualización, la prevención, y el tratamiento de la recaída. Así pues, se sugiere que la conceptualización de la recaída estaría más cercana a un proceso y no a un resultado (Marlatt y Gordon, 1985).

Figura 5.3. Modelo de las etapas de Prochaska y Diclemente



Según distintos estudios, las tasas de recaídas se sitúan entre el 50-90% generalmente (Marlatt y Gordon, 1980, 1985), siendo el episodio de recaída algo común antes de salir de la espiral del cambio (Prochaska y DiClemente, 1992), por ello, el problema de la recaída supone un reto importante en los campos relacionados con las conductas relacionadas con la salud, en particular, los trastornos adictivos.

La recaída puede ser vista desde una perspectiva más positiva, si se concibe a la persona que puede adquirir información sobre sus errores o aprender habilidades de las que no disponía y que pudiera poner en práctica en una futura situación de riesgo, se

podría decir que cada recaída supondría una importante experiencia de aprendizaje de cara a aumentar las probabilidades de éxito en intentos posteriores para el cambio.

Para finalizar este apartado y a modo de conclusión decir que no siendo una etapa más, lo cierto es que es un elemento clave presente en la mayoría de las personas con problemas adictivos, por lo que si el interés reside en aumentar el porcentaje de tratamientos exitosos se debería investigar más al respecto.

5.1.3. Procesos de cambio

Prochaska y Prochaska (1983) definen los procesos de cambio como *“una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales”*. Uno de los hallazgos más importantes dentro del proceso de cambio, ha sido que en cada una de las etapas se dan una serie de procesos, estrategias y actividades que pone en marcha la persona y que la consecución de cada una de ellas permite avanzar a la siguiente etapa (Prochaska y DiClemente, 1992). El modelo transteórico de cambio habla de diez procesos los cuales se denominan: aumento de la concienciación, autoliberación, liberación social, autoreevaluación, reevaluación ambiental, contracondicionamiento, control de estímulos, manejo de contingencias, relieve dramático y relaciones de ayuda. La integración de los procesos y etapas de cambio sirve de guía para los clínicos en el trabajo con sus pacientes permitiéndoles aplicar los procesos de cambio de forma más efectiva y sistematizada.

Estos diez procesos se diferencian en el tipo de variables que implican, los primeros son más cognitivos o experienciales y los últimos más conductuales.

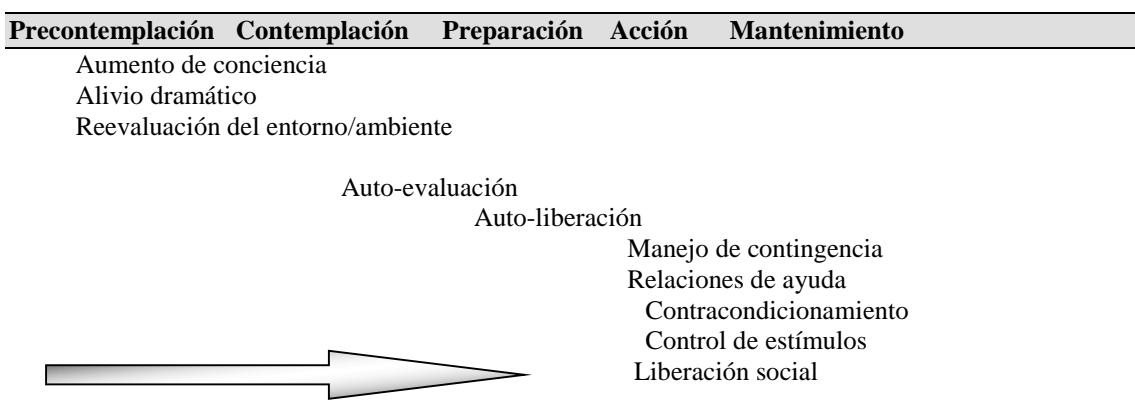
Como experienciales/cognitivos se encuentran el aumento de la concienciación, relieve dramático, reevaluación ambiental, autoreevaluación y autoliberación. Estos procesos suelen utilizarse más en los estadios más precontemplativos, contemplativos y preparación a la acción.

Como conductuales están los procesos de liberación social, contracondicionamiento, control de estímulos, manejo de contingencias y relaciones de ayuda.

Los precontempladores, apenas utilizan prácticamente procesos, los contempladores y preparados para el cambio aumentan de forma importante el número de procesos utilizados siendo preferentemente cognitivos y ya los situados en etapas avanzadas de acción utilizan más procesos fundamentalmente conductuales, en cambio,

en mantenimiento aunque continúan utilizando distintos procesos poco a poco va en disminución debido a que han hecho propio ese nuevo estilo de vida y no necesitan continuar poniendo en práctica ciertos procesos. Este último momento es de gran relevancia, puesto que en este punto el individuo cuenta con una gran confianza y disminución de puesta en práctica de procesos de cambio, por lo que ante una situación de riesgo que le sorprenda podría acabar en un lapsus o desliz. Este aspecto ya ha sido comentado en la etapa de recaída.

Figura 5.4. Procesos de cambio



Elaborado a partir del Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1992).

Los estudios indican que las personas en su entorno más inmediato o habitual utilizan o ponen en práctica los diez procesos de cambio para modificar un problema de conducta, en cambio, los sistemas de psicoterapia emplean alrededor de dos o tres procesos de cambio (Prochaska et al. 1992; Prochaska y Norcross, 2002, 2005, 2010). Así, los profesionales deberían ser capaces de pensar en términos de una mayor comprensión del conjunto de procesos y ser capaces de aplicar técnicas para adaptarse a cada proceso en el momento adecuado en el que se encuentre el paciente, ya que no todos llegan a consulta encontrándose en la misma etapa de cambio.

Pasamos a describir cada uno de esos procesos de cambio:

- **Aumento de concienciación**

Aumentar la conciencia sobre el problema de sustancias, para ello es importante aumentar la información de la que dispone el sujeto drogodependiente. Ejemplo de ello podría ser recopilar información sobre términos relacionados con la dependencia, mecanismo cerebral implicado, consecuencias derivadas del consumo de sustancias a todos en las distintas áreas personales (cognitivo, físico, familiar, social, económico y

judicial) así como los beneficios que obtendría si pasa a la abstinencia y modifica su estilo de vida actual.

Prochaska y colaboradores (1994) afirman que es uno de los procesos más utilizados, el objetivo es disponer de la información suficiente para tomar decisiones adecuadas.

- **Autoreevaluación**

Este proceso requiere una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva por parte del drogodependiente en relación a cómo ha afectado y afecta esa conducta a sus propios valores o manera de ser, prestando atención a lo que supondría abandonar el consumo en su vida. El objetivo sería provocar cierta disonancia cognitiva y emocional entre la conducta actual y la propuesta.

- **Reevaluación ambiental**

El individuo drogodependiente realiza una revaluación de los efectos de su conducta en su entorno más cercana y en cuanto a las relaciones interpersonales. A estas personas se les podría preguntar: ¿Qué pienso y cómo me siento acerca de vivir yo y mi familia en un entorno deteriorado con el aumento de riesgo de enfermedad, muerte, pobreza y encarcelamiento? (Prochaska y DiClemente, 1992) y que valore qué cambiaría si dejara de consumir.

- **Relieve dramático o activación emocional**

Este proceso implica la vivencia y expresión de las reacciones emocionales que se derivación de una mayor conciencia de las consecuencias negativas que ha traído su problema a su vida derivadas del consumo de drogas.

Tanto en el primer proceso descrito como en éste, va a suponer un trabajo personal a un nivel más profundo. Un ejemplo de ello tenemos la terapia Gestalt y Psicodrama como catalizador de la experimentación y vivencia intensa que utiliza técnicas a nivel individual o grupal cuyo efecto maximiza la consecución del proceso actual movilizándolo al drogodependiente precontemplador emocionalmente.

- **Autoliberación (compromiso personal)**

Ellos necesitan confiar en que tienen la clave del camino y del cambio y que ello pasa por realizar un compromiso personal que le proporciona una capacidad de elegir y tomar decisiones y que se refleja en una auténtica autonomía personal. Este proceso está basado en parte en el concepto de autoeficacia de Bandura (1977, 1997) y supone la creencia de que el propio esfuerzo desempeña un papel crucial en el éxito de cara a situaciones difíciles.

- **Liberación social**

Este proceso hace referencia al aumento de la capacidad para la toma de decisiones adecuadas facilitada por una mayor toma de conciencia del problema contemplada en el proceso anterior, de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla.

- **Manejo de contingencias**

Estrategia conductual consigue el aumento de la probabilidad de la ocurrencia de una determinada conducta relativa al cambio conductual, básicamente es el aprendizaje de producirse el autorefuero y recibir el heterorefuero de la conducta en la que aumentamos su ocurrencia. La persona entrena cómo autoreforzarse contingentemente mediante autoinstrucciones hacia sí mismo.

- **Relaciones de ayuda**

Básicamente hace referencia a la utilización de nuestra red social de apoyo ante situaciones problemáticas o de riesgo, representa las relaciones de las que se dispone y su utilización en un momento dado para favorecer el cambio de la conducta adictiva.

- **Contracondicionamiento**

Este proceso conductual, hace referencia a la modificación de la respuesta elicitada por estímulos que se encuentran condicionados a la conducta adictiva o a otro tipo de situaciones de alto riesgo, adoptando conductas alternativas.

- **Control de estímulos**

Hace referencia al proceso de control mediante la reestructuración del entorno logrando de esta forma evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir, con ello se disminuye la probabilidad de la presencia u ocurrencia de un estímulo condicionado a la conducta adictiva.

Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava (1988) afirman que estos diez procesos de cambio se organizan según un modelo jerárquico en relación a procesos de cambio cognitivos o experienciales como el aumento de la concienciación, autoreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y procesos de cambio conductuales como autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos. Este hecho ha sido apoyado por distintos estudios, no sólo con dependencia a nicotina, sino con otras sustancias (Fava, Velicer y Prochaska, 1995; Freyer, et al. 2006; Hoeppner, et al. 2006; Prochaska y Velicer 1997; Rossi, 1992; Sánchez-Hervás, Tomás, Molina, Del Olmo y Morales, 2002b; Tejero, Roca, Trujols y Campins, 1993; Tejero y Trujols, 1994).

5.1.4. Niveles de cambio

Dentro del modelo tridimensional de cambio se plantea una tercera dimensión que hace referencia a las diferentes evaluaciones y niveles de intervención terapéutica. Prochaska distingue los siguientes niveles: intervención a nivel del síntoma o situacional, a nivel de cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales, conflictos familiares/sistémicos y conflictos interpersonales.

Los estadios y procesos de cambio descritos en los apartados anteriores tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento del individuo. Los niveles de cambio, hacen referencia a qué cambios serían necesarios para finalizar con la conducta adictiva y perjudicial del drogodependiente. Estos niveles se representarían en una organización jerárquica donde se focalizarían las distintas evaluaciones e intervención terapéuticas.

Tradicionalmente, los sistemas de psicoterapia han atribuido los problemas psicológicos a uno o dos niveles focalizando la intervención en ellos, por ejemplo, los terapeutas de conducta se han centrado en los síntomas y los determinantes situacionales, los terapeutas cognitivos en las cogniciones desajustadas, los de familia en los sistemas familiares y los analíticos sobre los conflictos intrapsíquicos o intrapersonales. Para un buen trabajo hacia el cambio, es primordial que el terapeuta conozca hasta qué nivel está dispuesto a profundizar el paciente en su camino hacia el cambio.

Desde el modelo transteórico, la intervención inicial se dirige al primer nivel del síntoma/situacional porque el cambio ocurre más fácil y rápidamente y suele ser el motivo por el que el paciente pide ayuda y acude a terapia, siendo una intervención a nivel de estrategias conductuales. A medida que nos centramos en niveles más profundos o retirados de la conciencia, mecanismos autoprotectores puede aparecer más fácilmente por lo que, el terapeuta debe estar preparado para trabajar en cualquiera de los niveles y ser capaz de movilizar al paciente en la dirección adecuada. A niveles más profundos de trabajo nos acercamos a los determinantes del problema y la relación con el sentido de sí mismo del paciente, por lo que existe mayor probabilidad de que aparezca resistencia (Prochaska y DiClemente, 1984). Cada uno de estos niveles estar interrelacionados, no siendo independientes entre sí, por lo que un cambio en un nivel puede implicar un cambio en otro nivel. Mientras que los síntomas son un reflejo de conflictos intrapsíquicos y las cogniciones desajustadas implicarían sistemas de

creencias o reglas familiares principalmente. En el enfoque transteórico el terapeuta debe estar preparado para intervenir en cualquier de los niveles para acercarse al cambio deseado aunque la tendencia sea comenzar por el nivel más contemporáneo, presente o superficial.

5.1.5. Integración de los niveles, etapas y procesos

El enfoque transteórico ve la intervención terapéutica como el trabajo diferencial de los procesos de cambio específicos de cada etapa acorde con el nivel de problemas identificados. Integrando los niveles, etapas y procesos de cambio se consigue una forma de intervenir de forma jerárquica y sistemática a través de tres elementos o estrategias clave.

Tres son las estrategias básicas a emplear para intervenir a través de los múltiples niveles de cambio.

1. Estrategia de *cambio por niveles*. El terapeuta puede focalizarse en los síntomas del paciente y en las situaciones relacionadas. Si este trabajo puede realizarse de forma efectiva al primer nivel y el cliente progresa a través de cada etapa de cambio, la terapia podría tener éxito y finalizarse sin intervenir a un nivel más complejo de análisis. Si por el contrario la aproximación es insuficiente o no es efectiva, el trabajo tendría que dirigirse a otros niveles en la secuencia de orden jerárquico con el fin de lograr el cambio deseado. La estrategia de trasladarse de un nivel más alto a otro más profundo permite ir moviéndose de un nivel a otro más bajo o al próximo.

2. Estrategia de cambio del *Nivel clave*. Esta es la estrategia mayoritariamente utilizada, se orienta a la búsqueda del nivel clave de causalidad en el origen y mantenimiento del problema de drogas. La intervención se intensificaría a este nivel.

3. Estrategia de *Máximo impacto*. En esta tercera estrategia, varios niveles estarían involucrados en la causa, efectos y mantenimiento del problema del paciente. Las intervenciones están enfocadas para conseguir un efecto de múltiples niveles de cambio con el objetivo de establecer el mayor impacto de forma integral y sinérgica en vez de secuencial.

En definitiva, la terapia puede ser más efectiva si el paciente y terapeuta trabajan juntos en la misma etapa y nivel de cambio, la unión entre ambos se centra en la estructura y proceso intencional de cambio. El rol del terapeuta es maximizar los esfuerzos del autocambio, facilitando que el paciente no utilice de forma errónea los

procesos o los sobreutilice, oportunidad de aprender nuevos procesos y redirigiendo los esfuerzos de cambio hacia etapas y niveles apropiados de cambio.

5.1.6. Variables implicadas en el proceso de cambio: Balance decisional y expectativas de Autoeficacia

A partir de los años 80, el concepto de la motivación pasa a entenderse no como algo estático, sino como algo dinámico, susceptible de cambiar a lo largo del tiempo. Lejos queda la idea de entender al individuo drogodependiente sin motivación, entendiendo la motivación como algo inamovible o asociada a la existencia de un rasgo de personalidad de la persona adicta, sino por el contrario, se entiende la motivación como un estado dinámico que puede ser modificado mediante intervenciones (Marlatt y Gordon, 1985, Marlatt y Donovan 2008; Miller y Rollnick, 1991) y donde el proceso que acontece se ve influenciado por una serie de variables implicadas como son el balanceo decisional o toma de decisiones y la evolución de las expectativas de autoeficacia personal, siendo dos conceptos clave en el proceso de cambio que se exponen a continuación.

- **Balance decisional**

El cómo el individuo orienta su conducta se explicaría mediante una serie de procesos internos motivacionales y cognitivos que lo predisponen a tomar decisiones y emitir juicios siendo el resultado un comportamiento u otro (Ajzen y Fishbein, 1980). Dentro del modelo transteórico, la intención conductual facilita y permite que se produzca la transición entre una etapa y otra dentro del proceso de cambio.

El balance decisional supone el tercer elemento del cambio dentro del Modelo Transteórico, que hace referencia al proceso por el que el individuo balancea los pros (beneficios) y contras (costes) acerca del cambio en relación a la conducta problema a través de las distintas etapas de cambio. El trabajo original de los autores de este modelo, estuvo inspirado en el modelo de decisión de Jannis y Man (1977). Estos autores identificaron cuatro tipos de beneficios (para uno mismo, para otros, autoaceptación y aceptación de los demás) y cuatro tipo de costes (para uno mismo, para los demás, la propia desaprobación y desaprobación de los demás), es decir, la implicación de estos beneficios y costes en relación a la conducta-problema de cara a uno mismo y en relación a los demás. Los análisis de estos componentes demostraron de forma consistente que la toma de decisiones se podría reducir a dos construcciones principales o factores de segundo orden: los pros y contras de cambiar. Ambas

construcciones se moverían a través de las distintas etapas de cambio aumentando y descendiendo mutuamente como reflejo del balanceo de decisiones adoptadas por el drogodependiente. Estos pros (ventajas) y contras (inconvenientes) que se encuentran totalmente integrados dentro de las etapas de cambio, pueden ser medidos a través de una escala donde se balancea la toma de decisiones del individuo en relación a la conducta adictiva (Tejero y Trujols, 1994).

Velicer, DicClemente, Prochaska y Brandenburg (1985) para estudiar el proceso que sigue a la toma de decisiones en el mantenimiento de la abstinencia o deshabituación tabáquica, construyeron un instrumento para evaluar los pros y los contras acerca del consumo a lo largo del proceso de cambio. Estos autores señalan que el balance decisional (pros y contras) se presenta como una variable predictora del comportamiento del individuo en el futuro, desde las primeras etapas así como en el retroceso o recaída (el individuo drogodependiente puede retroceder a etapas anteriores al recaer antes de finalizarlas todas), no obstante, en las etapas de acción y mantenimiento no parece poseer un valor tan predictivo, lo que significa que en la etapa de mantenimiento puedan estar interviniendo otras variables más relevantes que la toma de decisiones. Más concretamente estos autores observaron que los pros de consumir eran elevados y similares en las dos primeras etapas, sin embargo, en la etapa de acción los pros decrecían y la diferencia era significativa con respecto al resto de las etapas, además, aún parecía decrecer más en la de mantenimiento en relación a la de acción. En relación a los contras, no hallaron diferencias significativas en la primera y última etapa (precontemplación y mantenimiento), éstas eran significativamente inferiores a la etapa de contemplación que eran donde los contras aparecían con puntuaciones superiores.

En definitiva, comparando pros y contras a través de las etapas, se observa que en la etapa de precontemplación los pros son superiores a los contras, en contemplación la tendencia que sigue tanto los pros como los contras es la de igualarse aunque los pros son superiores sin ser una diferencia significativa, y por último, en la etapa de acción y mantenimiento los contras aparecen como más elevados significativamente. A medida que los sujetos van avanzando a través de los distintos estadios, se va reduciendo la diferencia entre los pros y los contras, hasta llegar a invertirse la relación, siendo más elevados los contras hacia el consumo que los pros o beneficios del consumo, lo que es lógico si la persona drogodependiente va avanzando en su proceso de deshabituación debido al compromiso personal establecido (Prochaska et al. 1994). En el estudio

realizado por Velicer, Hughes, Fava, Prochaska y DiClemente (1995), en relación a la escala diseñada, pudieron identificar distintos tipos de consumidores en relación a la toma de decisiones realizada y tentación de consumir que ofrecía poder discriminar entre las distintas etapas de cambio.

Prochaska (1994) defiende que los pros en relación al cese de conducta son diferentes entre las etapas de precontemplación y acción, alrededor de una desviación estándar mientras que los contras es de media desviación estándar y que los individuos en la etapa de precontemplación utilizan los procesos de cambio con menos frecuencia que los que se encuentran en las demás fases. (Hall y Rossi, 2008). Así los pros hacia el consumo son más altos y los contras más bajos en precontemplación, conforme se avanza los contras hacia el consumo se incrementan mientras los pros se estabilizan en contemplación y preparación al cambio (DiClemente et al., 1991; Fava, Velicer y Prochaska, 1995). Los precontempladores que progresan perciben más contras de fumar o tienen un uso más alto de procesos de cambio en la línea base que los precontempladores que permanecen estables. Sin embargo, parecen existir dudas acerca de si los resultados son los mismos en estudios longitudinales.

En el ámbito de las investigaciones relativas a la deshabituación de tabaco, los resultados indican que los pros de fumar parecen ser más altos y los contras son más bajos en el estado de contemplación o en el de preparación al cambio y que en algún momento, ya sea contemplación o preparación al cambio se produce un cruce, es decir, se invierten pros y contras (DiClemente et al., 1991; Fava et al., 1995; Prochaska et al., 1994).

Plumier y colaboradores (2001) en un estudio con dos grupos de adolescentes, fumadores y no fumadores, estudiaron cómo se distribuyen el balance decisional y las tentaciones hacia el consumo conforme se avanza en las distintas etapas de cambio. Utilizan un inventario sobre el balanceo decisional hacia la conducta de fumar, los resultados muestran un modelo de tres factores que correlacionan, los pros o beneficios sociales (“los chicos que fuman tienen más amigos”), pros de modelado o *coping* (“fumar cigarrillos es placentero”) y contras de modelado o *coping* (“fumar puede afectar a la salud de otros”). En relación a las situaciones de tentación en el grupo de fumadores encuentran cuatro factores en el modelo estructural: afecto negativo, situaciones sociales positivas, fuerza del hábito y control de peso; y por otro lado, cinco

factores en el grupo de no fumadores: afecto negativo, situaciones sociales positivas, presión social, curiosidad y control de peso.

Estos autores constatan la existencia de las relaciones que existen entre el balance decisional y situaciones de tentación en relación al Modelo Transteórico de Cambio. Los pros de fumar disminuyen en precontemplación y acción en media desviación, mientras que los contras de fumar disminuyen en una desviación típica (Prochaska, 1994). Los adolescentes fuman debido a las presiones sociales y no cuentan con estrategias de afrontamiento, lo que sugiere que las intervenciones deben promover estrategias alternativas de afrontamiento efectivas a tales situaciones. En ambos grupos, las diferencias son significativas a través de los estadios de cambio en los pros sociales y de modelado o *coping*. Conforme se avanza en las etapas de cambio para dejar el hábito de fumar, los pros o beneficios sociales decaen, así como los pros de copiado o modelado (siendo más acusada la caída en ésta última), en cambio, los contras de copiado aumentan. En la adquisición del hábito de fumar, la relación es inversa conforme se progresa en las distintas etapas, en la etapas más precoces de la adquisición, tanto los pros o beneficios sociales como los pros o beneficios de copiado aumentan, por el contrario, los contras o costes del copiado de la conducta de fumar disminuyen. En cuanto a la tentación de consumir, se observa una correlación lineal negativa a la hora de dejar de fumar a través de los estados de cambio con los no fumadores, es decir, los distintos factores (afecto negativo, situaciones sociales positivas, fuerza del hábito y control de peso) disminuyen en el cese del hábito de fumar, en cambio, a la hora de adquirir el hábito de fumar la relación es lineal positiva a través de los distintos estadios y en relación a los distintos factores (afecto negativo, situaciones sociales positivas, presión social, curiosidad y control de peso). Estos resultados son clave a la hora de evaluar e intervenir en la prevención del hábito de fumar, así como a la hora de impulsar el cese de la conducta de fumar, siendo los datos hallados por esta investigación similares a otros estudios en población adulta.

Shumann y colaboradores (2005), en un estudio longitudinal validan los supuestos del Modelo transteórico, en el que participaron una muestra de 786 fumadores, diferencia dos grupos en un primer momento, precontemplativos y personas contemplativas. En un segundo momento, a los seis meses, estudia cómo ambos grupos se mueven o evolucionan a lo largo de las etapas de cambio, en base a distintas variables de medida establecidas inicialmente (procesos de cambio, pros y contras del balance decisional y situaciones de tentación). El grupo de precontemplación que

progresar hacia etapas más avanzadas de cambio, muestra una evolución en los pros que pasan de puntuaciones altas en precontemplación para ir disminuyendo de forma progresiva hasta acción y mantenimiento. Los contras que en la etapa de contemplación se encuentran más bajos que los pros van avanzando hasta situarse diferencialmente por encima de los pros. En el segundo grupo de contemplación que progresa hacia etapas más avanzadas muestra un movimiento similar en relación a los pros y los contras, no obstante, la diferencia entre ambos es que el tamaño del efecto en el segundo grupo es mayor que en el primero. Un resultado que puede parecer confuso es que no encuentran diferencias para los contras de fumar, solo para los pros. En el área de tabaco, existen encuentros repetidos de que los contras es una variable crucial en etapas tempranas de cambio, mientras que los pros no cambian a través de las etapas más tempranas (Fava, Velicer y Prochaska, 1995; Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi y Diclemente, 1991). En esta muestra donde los sujetos originariamente se encontraban en los estados más tempranos, encuentran evidencia para la importancia relativa de los contras en comparación con la poca importancia de los pros. Sin embargo una mirada más atenta revela que los pros parecen estar asociados al movimiento de la abstinencia, lo cual sería consistente con estudios trasversales previos.

En un estudio señalado, en la etapa de precontemplación los contras de cambiar son muy superiores a los pros, en la etapa de contemplación se igualan, lo que refleja la ambivalencia característica de esta etapa. En la etapa de preparación los pros superaron a los contras y las diferencias eran mayores en las etapas de acción y mantenimiento (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985).

En otras investigaciones (Prochaska et al., 1994) no referidas exclusivamente al tabaco, sino que el estudio se amplía a doce problemas de comportamiento, se señalan las relaciones entre los pros y los contras a través de los distintos estadios. En la conducta de fumar, la etapa de precontemplación, los pros de consumir superan a los contras, en cambio en la etapa de acción y mantenimiento, se produce el patrón opuesto, los contras de consumir superar a los pros, es decir, en algún momento, en contemplación o preparación se cruzan y se invierte la relación. Esta relación se observa en todos los problemas de conducta estudiados, en cambio, en relación a la cocaína, observaron mayores puntuaciones en la escalas de los contras de abandonar el consumo con respecto a las ventajas que existían en la etapa de precontemplación, en contemplación, ambas variables aumentan aunque los pros de abstinencia se muestran en un nivel superior a los contras, con mayores puntuaciones. En acción disminuyen

tanto contras como pros aunque los contras de consumir se sitúan con valores superiores a las ventajas de consumo, lo que lo explican los autores como que antes de iniciar el tratamiento ya se ponía como condición la abstinencia en el grupo de cocainómanos.

Hall y Rossi (2008) quisieron determinar la veracidad del modelo de Prochaska a través de un meta-análisis donde se analizaba la progresión de los pros y contras en los distintos estados de cambio desde la precontemplación a la acción , a través de 48 conductas de salud, tomando como originario la investigación de Prochaska con 12 problemas de salud (Prochaska et al., 1994), observando los principios fuertes y débiles de progresión desde precontemplación a la acción sobre la base de 12 problemas de comportamiento, pero de forma ampliada usando muchos más conjuntos de datos y métodos estadísticos mucho más rigurosos, concluyeron que los resultados eran consistentes con los presentados por el MTT concluyendo que podía extrapolarse a más conductas de riesgo. Los pros eran claramente más altos en contemplación que en precontemplación. En la contemplación son iguales pros y contras reflejando así la profunda ambivalencia presente en esta etapa. Este estudio demuestra la coherencia de los principios teóricos a través de múltiples comportamientos, lo cual tiene implicaciones para el desarrollo de múltiples intervenciones en el comportamiento de riesgo de salud.

Se ha criticado los estudios realizados por ser la mayoría transversales, alentando poder realizar investigaciones de corte longitudinal que aporten resultados de mayor fiabilidad y validez que los actuales estudios disponibles (West, 2000; Sutton, 2001; Littell y Girvin, 2002). Etter y Perneger (1999) que realizan un estudio continuado en el tiempo, en una muestra de fumadores suizos estudian la asociación entre estados de cambio y balance decisional confirmando los resultados encontrados en estudios transversales, es decir, en estadios más tardíos del cambio, los contras de dejar de fumar eran mayores mientras que los pros hacia el hábito de fumar eran menores, lo que validaba estudios anteriores (Prochaska et al., 1994). No obstante, en el estudio de seguimiento se observó mediante un análisis de regresión que los cambios en pros y contras no se mostraban tan significativos como en los estudios transversales, sin embargo, la relación entre los contras de fumar y estadios de cambio era significativa, lo que confiere un resultado de peso de cara a apoyar la evidencia del modelo en este tipo de estudios.

- **Expectativa de autoeficacia**

Otra variable importante implicada en el proceso de cambio es la autoeficacia. Desde la Teoría del aprendizaje cognitivo-social de Albert Bandura, la autoeficacia es definida por como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986), es decir, la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica. Estas creencias de autoeficacia serían los mejores predictores de la conducta futura de un individuo, más que las habilidades, los logros o el conocimiento acerca de la tarea a realizar. De acuerdo con Bandura, las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades pueden ser un mejor predictor de la conducta posterior que su nivel de habilidad real (Valiante, 2000). Bandura enfatiza el papel de las creencias de autoeficacia al considerarla como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano (Valiante, 2000).

Albert Bandura diferencia entre expectativa de eficacia y de resultado. La expectativa de eficacia hace referencia al juicio que hace una persona sobre la confianza en sí mismo de poder conseguir alcanzar una conducta en particular, mientras que la expectativa de resultado hace referencia a la estimación que hace el individuo del resultado de su conducta. Cuando el individuo espera realizar la conducta de forma exitosa está dispuesto a desplegar todas sus habilidades y esfuerzos necesarios en cumplir el objetivo y persistir si se presentan obstáculos, mientras que las personas que no creen poder realizar la conducta de forma exitosa no están dispuestos a poner en juego todas sus habilidades ni esfuerzos necesarios en cumplir el objetivo, y si se presentan problemas u obstáculos no persisten en la consecución del mismo.

A partir de la variable de autoeficacia se desprenderían dos componentes, la confianza o creencia de llevar la conducta a la consecución de la meta y la tentación o desviación de la conducta ante ciertos sucesos o situaciones. En términos de drogodependencia, la autoeficacia haría referencia a la confianza de la persona de no consumir ante una situación de riesgo y la tentación sería el nivel de seducción o inducción hacia el consumo de la sustancia adictiva. Las tentaciones estarían constituidas bien por situaciones internas o bien externas que aumentarían la probabilidad de que no se realizase la conducta de abstinencia. El individuo se mostraría en multitud de situaciones balanceando ambos términos y tomando decisiones al respecto, podríamos decir que ambos componentes se hallarían íntimamente unidos como las dos caras de una moneda.

Siguiendo este pensamiento y en relación al modelo de las etapas de cambio, tanto los niveles de confianza como de tentación irían variando a lo largo de las mismas, como lo harían otras variables relacionadas, siendo la autoeficacia un buen predictor de cómo se mueve el sujeto entre los distintos estadios.

DiClemente (1981) partiendo del constructo de autoeficacia desarrollado por Bandura, estudia el movimiento en las distintas etapas de este concepto, en una muestra de sujetos que dejaron la conducta de fumar y evaluó la capacidad de estos sujetos para mantener la abstinencia después de cinco meses. Los resultados mostraron que dos tercios de los sujetos continuaban en la etapa de mantenimiento mostrando puntuaciones de autoeficacia significativamente más altas que los que habían recaído o recaído, demostrando que la autoeficacia para mantener la conducta de cese de fumar demuestra tener una buena consistencia interna.

Velicer, DiClemente, Rossi y Prochaska (1990) observan cómo las medidas de tentación y confianza van variando a través de los cambios de estadios siendo buenos predictores de una recaída. Defienden que la autoeficacia se muestra creciente conforme se va progresando en las distintas etapas de cambio, mientras que la tentación disminuye conforme se progresa en ellas. Parece que la autoeficacia puede ser un buen predictor en el movimiento entre los distintos estadios, los niveles difieren entre los contempladores que progresan y los que se mantienen, así como los que se encuentran en la etapa de acción a través de las puntuaciones de autoeficacia pueden pasar a mantenimiento o finalmente recaen (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985).

Por otro lado, Wells-Parker, Williams, Dill y Kenne (1998) realizan un estudio acerca de la autoeficacia y motivación para el cambio en una muestra de 210 infractores de los cuales un porcentaje bebían y otro porcentaje, al consumo de alcohol se le sumaba que conducían bajo su influencia. El grueso de la muestra se situó en la etapa de acción y tras realizar un análisis de regresión encontraron que tanto los contempladores como los que se situaban en la etapa acción y con altos niveles de autoeficacia predecía una menor reincidencia. Wells-Parker y colaboradores (2000) estudian de nuevo autoeficacia y motivación al cambio en una muestra infractores más amplia que se sometió a una intervención durante cuatro semanas a un grupo de personas que beben y otro de personas que beben y conducen, encontrando que la mayoría se encontraba en etapa de acción tanto en el momento inicial o pretratamiento como en el final o postratamiento, no existiendo gran variabilidad en la variable de autoeficacia. El hecho de que la mayoría se situara en etapa de contemplación resulta sorprendente ya que ellos

no habían tomado la decisión de someterse a tratamiento, sino que habían sido de alguna manera presionados por el sistema judicial. Se planteó la hipótesis de que los participantes que completasen la intervención tendrían mayores niveles de acción y autoeficacia y movimiento hacia una etapa superior, sin embargo el que la muestra se encontrara desde el inicio en una etapa de acción podría limitar el movimiento a una etapa superior (tendencia a la media) o que se mantuvieran en esa etapa. Encontraron una mayor reincidencia en la etapa de contemplación que en el resto de las etapas de cambio, y una menor reincidencia en etapas más avanzadas (acción) y de autoeficacia aunque los resultados fueron modestos. Estos resultados podrían ser importantes a tener en cuenta para el diseño y evaluación de las intervenciones en la medida en que la mejora de la autoeficacia y la motivación para el cambio son los pasos necesarios para reducir la conducción en personas bebedoras, así mismo sería importante para poder realizar una intervención más eficaz conociendo en qué etapa de cambio se sitúa la personas y su nivel de autoeficacia.

Shuman y colaboradores (2003) en un estudio longitudinal para validar los postulados del modelo transteórico de las etapas, estudia la relación entre etapas de cambio, procesos, pros y contras de fumar y situaciones de tentación en individuos fumadores y exfumadores en dos tiempos, al inicio y a los seis meses. Parten de una muestra de precontempladores y contempladores en el momento inicial para después observar cómo se mueven ambos grupos por los distintos estadios prestando atención a tres movimientos, los que progresan, los que retroceden y los que se mantienen estables en la etapa de cambio. Los resultados muestran que un 78% se mantuvo en la misma etapa a los seis meses, un 11,7% avanzó a un estadio posterior y por último, un 9,9% regresó a estados anteriores. Se observaron variaciones en las 15 variables estudiadas tanto en la primera evaluación como en el seguimiento. Los sujetos que progresaron hacia un estado de abstinencia, mostraron un mayor decremento en las situaciones de tentación y en los pros y contras de fumar y un mayor incremento de procesos de cambio conductuales que los sujetos que se encontraban en precontemplación. Los sujetos que se mantenían en preabstinencia o retrocedían, puntuaban más en procesos de cambio más experienciales/cognitivos. Uno de los resultados que les sorprendió es que la variable de los contras no era significativa conforme los sujetos avanzaban en las etapas, resultado que han avalado otros investigadores (Prochaska et al., 1991). Shuman lo explica diciendo que puede ser debido a que los hallazgos han sido en estudios transversales y éste puede que al ser un estudio longitudinal sea que no sea significativo

el valor de los contras de fumar. Una de las limitaciones que presenta, como en otros estudios longitudinales son los casos que se pierden durante el seguimiento a lo largo del estudio, una parte se muestra por no permitirlo, otro por enfermedad y otro por fallecimiento. Independientemente de sus limitaciones, este estudio se suma a otros que postulan asociación entre los movimientos en las etapas de cambio y la utilización de los procesos de cambio, así como su relación con el balance situacional y situación de tentación, además al ser un estudio longitudinal que valida los postulados de la TTM.

En relación al concepto de autoeficacia y diferencias en la variable de género, Pelissier y Jones (2005) comparan hombres y mujeres que participaron en un programa de tratamiento de abuso de sustancias en prisión para examinar las diferencias de género en motivación, autoeficacia y estilos de afrontamiento. Los resultados mostraron que las mujeres informaron de una mayor conciencia de presentar un problema de abuso de sustancias que los hombres en etapas precontemplativas, menos autoeficacia a la hora de permanecer abstinentes en situaciones de alto riesgo, y mayor búsqueda de apoyo, responsabilidad y escape (habilidades de afrontamiento) ante situaciones de estrés que los hombres.

5.1.7. Evidencia empírica y aplicabilidad del Modelo Transteórico en drogodependencias

El modelo transteórico se ha aplicado en multitud de estudios e investigaciones, no sólo a adicción a sustancias, sino a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud (Hall y Rossi, 2008; Prochaska, 2008a; Prochaska, 2008b) como por ejemplo la actividad física (Bernard et al., 2014; Dishman, Jackson y Bray, 2010; Lee, Park y Kim, 2006; Wadsworth y Hallam, 2007), trabajo social (Calderwood, 2011), manejo del peso corporal (Andrés, Saldaña y Gómez-Benito, 2011; Keller, Allan y Tinkle, 2006), promoción de conductas saludables (Fried, Redding, Robbins, Paiva, O'Leary y Iannone, 2012), cáncer de colon (Duhamel, Rakowski, Samimi y Jandorf, 2011), y fomento de donación de sangre (Amoyal, Robbins, Paiva, Burditt, Kessler y Shaz, 2013) entre otros.

Un aspecto importante de cara a profundizar sobre los distintos aspectos de los estadios de cambio, es la evidencia de distintos grupos de individuos dentro de cada estadio (Velicer et al., 1995). En este sentido, Anatchkova, Velicer y Prochaska (2005) a partir de una muestra de 1734 fumadores que se encontraban dentro del estadio de contemplación, hallaron mediante análisis de conglomerados, subgrupos de

contempladores que se diferenciaban en la utilización diferenciada de los procesos de cambio ($p<0,05$) así como de las variables relacionadas con el consumo como el número de cigarrillos al día, hora de inicio del primer cigarrillo, etc. ($p<0,001$), entre los que se encontraban los que denominaron el precontemplador clásico, en progreso, inicial y en retroceso.

La idea original que supuso el modelo transteórico fue que los sujetos en diferentes etapas utilizan diferentes procesos de cambio a medida que avanzaban a través de las etapas fue sugerido por Prochaska con respecto a la utilización de los procesos de cambio. Perz, DiClemente y Carbonari (1986), en su estudio concluyen que para que la progresión entre estadios se de, los procesos cognitivos se observan durante las primeras etapas de cambio (precontemplativos, contemplativos y preparación al cambio), mientras que los conductuales en etapas más avanzadas del tratamiento (acción), (Freyer et al., 2006), aunque parece no cumplirse con todos los problemas, por ejemplo en el fomento del ejercicio y en el cambio de dieta el incremento en la utilización de procesos cognitivos y conductuales era simultáneo (Rosen, 2000) o en el caso de las mujeres embarazadas que deciden finalizar con el hábito de fumar (Buja, Guarnieri, Forza, Tognazzo, Sandonà y Zampieron, 2011). En otros estudios, los pacientes que avanzaron de precontemplación a contemplación mostraron mayor utilización de procesos cognitivos, mientras que los que permanecieron en la fase de precontemplación no informaron de diferencias en la utilización de procesos de cambio. Al contrario de lo que hubieran esperado, los fumadores contemplativos que se movieron al de preparación a lo largo de los dos años, no manifestaron un aumento en la utilización de procesos de cambio cognitivos ni conductuales al compararlos con los fumadores que se quedaron en el estadio de contemplación (Callaghan y Herzog, 2006). Independientemente de qué grupo de procesos se utilicen dependiendo del estadio donde se encuentren los pacientes, parece existir evidencia de que conforme avanzan en el proceso de cambio, la utilización de los distintos procesos de cambio aumenta en relación al avance (Hoeppner et al., 2006).

Más recientemente, Redding y colaboradores (2011), en un intento en profundizar en las distintas variables implicadas en el modelo transteórico y dilucidar diferencias entre distintos grupos en relación a la predicción de la evolución en el tratamiento, comparan dos grupos, autocambiadores o grupo control (sin tratamiento) y los que se encuentran en tratamiento, en base a tres tipos de consumidores a lo largo de un periodo de 24 meses (fumadores estables, los que han recaído y los que se

mantienen abstinentes) encontrando una media de edad mayor en los mantenedores, así como una mayor gravedad de la adicción y menor formación en el grupo de fumadores estables. En cuanto a los estadios de cambio, tanto los mantenedores como los que había recaído tras un tiempo de abstinencia se encontraban más avanzados en las etapas de cambio que los fumadores estables (tanto en el grupo control como los que se encontraban en tratamiento). Con respecto al balance decisional, las diferencias eran estadísticamente significativas en los pros hacia el consumo en fumadores y los que había recaído (en el grupo control) y contras hacia el consumo en mantenedores y el grupo que había recaído. También hallaron mayor tentación hacia el consumo en los fumadores estables (grupo control). En los procesos de cambio, el grupo que había recaído en comparación con los mantenedores atendiendo a nivel longitudinal, a pesar de haber recaído, utilizan en gran medida los procesos de cambio, no obstante, necesitarían ajustarlos mejor para evitar nuevos consumos, lo que no implica que no estén haciendo un trabajo importante. Estos autores concluyen que el grupo control o autocambiadores obtienen mejores resultados por ser consumidores más leves o porque utilizan en mayor medida los procesos de cambio que les hace controlar en mayor medida su consumo, que los que se encuentran en tratamiento. Con respecto al grupo de tratamiento, los resultados son mejores en mantenedores y los que recaen tras un tipo de abstinencia con respecto a los fumadores estables, no obstante los resultados no muestran diferencias claras entre mantenedores y grupo con recaída al inicio del tratamiento. Concluyen que sería necesario intervenciones más específicas o intensivas para ese grupo de individuos con mayor gravedad de adicción, que se encuentran en etapas más iniciales y que realizar un uso menor de los procesos de cambio para obtener mayores éxitos terapéuticos y menores tasas de abandonos.

El Modelo Transteórico del cambio (Prochaska et al., 1992 y Prochaska y DiClemente, 1992), a lo largo de los años, ha ofrecido un modelo útil acerca del proceso de cambio en el tratamiento de consumo de sustancias, con un énfasis creciente en los estados motivacionales internos como los principales factores subyacentes a los esfuerzos de cambio, lo que lleva a una mejor comprensión del desarrollo y la persistencia de los trastornos adictivos en diversas poblaciones (Prochaska et al., 1992), no obstante, no está claro, si tal conceptualización proporciona también una explicación para el cambio en las personas con trastorno mental asociado al trastorno por consumo de sustancias.

Diclemente, Nidecker y Bellack (2008) teniendo en cuenta que la patología dual es un factor que complica el tratamiento, afectando al proceso de cambio de comportamiento, aún se tiene poco conocimiento acerca de los factores que llevan a estas personas a realizar cambios en su consumo de drogas. Los investigadores se interesan en dilucidar si el modelo del cambio proporciona también una explicación en las personas abusadoras de sustancias con enfermedad mental asociada en el sentido de pudieran tener ciertas dificultades en la comprensión de determinados términos y procesos que conlleva el cambio, quizá bastaría y sería necesario realizar adaptaciones para esta población con medidas adicionales de apoyo a lo largo del proceso de tratamiento y cambio. Distintos estudios hablan de que la mayor presencia de síntomas psicopatológicos presenta un peor pronóstico independiente de la sustancia principal de consumo (Sánchez-Hervás, Tomás, Morales, del Olmo y Molina, 2002a, 2002c). En los distintos estudios, no parecen encontrarse diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida en los distintos sujetos, no obstante, aparecen diferencias significativas en distintas variables relacionadas con la historia de consumo, así un mayor número de años de consumo implica que la salud psíquica se encuentre más deteriorada presentando mayores índices de depresión, ansiedad, problemas interpersonales, menor autoeficacia y calidad de vida. Cuadrado (1999) refiere que el grupo de drogodependientes con comorbilidad es un grupo diverso, con peculiaridades, según el trastorno asociado, donde cuyas características van a depender del peso de cada uno de esos trastornos en la comorbilidad total. Ya Velasquez, Carbonari y DiClemente (1999) prestaron atención a la relación entre gravedad psicopatológica en la dependencia de alcohol y el Modelo transteórico del cambio en una muestra de alcohólicos atendidos en un recurso ambulatorio y con patología comórbida asociada estudiando en ellos la etapa de cambio en la que se encontraban, los procesos de cambio utilizados, el balance decisional y autoeficacia. Los resultados hablaban de una mayor tentación de consumo ante situaciones de malestar o afecto negativo, así como mayores puntuaciones en una de las escalas que mide sintomatología general, en los pacientes que se encontraban en el estadio de mantenimiento, donde estas personas pudieran ser más vulnerables no solo a factores internos sino externos. Bennett, Bellack, Brown y DiClemente (2009) informaron de puntuaciones altas en precontemplación junto a baja confianza, así como la baja utilización de estrategias de cambio en consumidores con enfermedad mental asociada, aunque cuando se compararon con distintos grupos de personas con patología comórbida, de los que decidieron iniciar un tratamiento de drogas arrojaron

puntuaciones más altas en contemplación, mayor autoconfianza, y mayor uso de procesos de cambio lo que indica que al reconocerse el problema y existir un compromiso de cambio, esto se traslada en pasos dados hacia el cambio así como una mayor autoeficacia incluso en personas con trastornos mentales asociados.

5.1.8. Críticas al Modelo Transteórico

El modelo Transteórico de la etapas de cambio formulado por Prochaska, 1984, ha sido un modelo que ha sabido ganarse el reconocimiento y popularidad tanto en la psicología de la salud como en el ámbito de las drogodependencias. Ha sido aplicado a multitud de problemas de la salud encontrando que los individuos en el proceso de cambio siguen una serie de estadios en el cese de su conducta de riesgo o problemática para la salud.

El modelo propone que las personas progresan a través de etapas de manera secuencial aunque generalmente regresan a etapas previas antes de lograr el mantenimiento y terminación (Prochaska y Velicer 1997). También propone distintas actividades o estrategias denominados procesos de cambio que se incluyen en el movimiento entre los distintos estadios y que a través de estas etapas los individuos balancean los pros y contras de conducta así como la presencia de la autoconfianza a la hora de cambiar la conducta (Prochaska y Velicer 1997). Se postula la importancia de diseñar intervenciones ajustadas a la etapa en la que se encuentra el individuo para aumentar la probabilidad de que el individuo pase a la etapa de terminación (Prochaska, 1994; Prochaska y Goldstein 1991).

Littell y Girvin (2002) realizan una revisión sobre 87 estudios sobre las distintas etapas de cambio de conducta y sugieren que las etapas no son mutuamente excluyentes y que hay baja evidencia acerca de un movimiento secuencial a través de las etapas, aunque el modelo presenta un importante valor heurístico acerca de la conducta, en la práctica está limitado por cuestiones de validez en la evaluación de las etapas. Los críticos sugieren que, como todas las teorías de la etapa, este modelo simplifica en exceso la complejidad de los cambios de comportamiento mediante la imposición de categorías artificiales en un proceso que sería continuo (Bandura, 1998; Sutton, 1996).

Así pues, Sutton habla de cómo no queda claro si los procesos de cambio influyen en la transición de los estadios por camino de los pros de contras autoeficacia o desde la tentación. En sus palabras, han desarrollado un método de clasificación de individuos dentro de etapas simple e insuficiente como base para diseñar y desarrollar

intervenciones eficaces, sería necesario especificar factores que median en el movimiento de la transición entre etapas, medidas de mayor sensibilidad para medir la progresión entre estadios (Sutton,1996).

Otro de los problemas es el tiempo entre los distintos estadios, el periodo de las distintas etapas es arbitrario por lo que genera dudas con respecto a que los estadios sean cualitativamente distintos y se hable de etapas o pseudoetapas los períodos de tiempo son arbitrarios. Utilizando diferentes períodos de tiempo conduciría a una diferente asignación de temas etapas y una distribución diferente etapa. El uso de períodos de tiempo arbitrario pone en duda la suposición de que las etapas como medidas por puesta en escena los algoritmos son cualitativamente distintos, que es, que son verdaderas etapas en lugar de pseudoetapas (Sutton, 1986,2001; Bandura 1998).

Otro punto a señalar es que la mayoría de los estudios son transversales siendo necesarios estudios longitudinales que permitirían realizar inferencias causales más fuertes. Resulta contradictorio pensar que para que utilizan variables dinámicas para medir etapas secuenciales (Littell y Girvin, 2002).

Los algoritmos y cuestionarios que los investigadores han utilizado para asignar a personas a las etapas del cambio no se hayan normalizados, comparados empíricamente o validados. Se utiliza un pequeño número de ítems del cuestionario y según los resultados cada participante se asigna a una de las etapas, en principio, ningún individuo puede estar en más de una etapa en un mismo tiempo, es decir, no contemplan que un individuo pueda puntuar alto en varias etapas a la vez, lo que no tiene sentido (Sutton, 2001).

Tres son los cuestionarios multidimensionales que han sido utilizados en estudios de uso de alcohol y drogas: la Evaluación de cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983), las etapas de preparación para el cambio y Escala de ansiedad tratamiento (Sócrates; Miller y Tonigan, 1996) y la disposición a Cuestionario de cambio (RCQ; Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992). Con respecto al cuestionario URICA (el utilizado en este trabajo) el encontrar una alta correlación ya sea positiva o negativa entre las subescalas va en contra de la consideración de las etapas como discretas y cualitativamente distintas. Básicamente se están midiendo mediante medidas dimensionales etapas discretas de cambio.

West (2001) se suma a las diversas críticas al modelo, afirma que el modelo de las etapas ha sido y es una manta de seguridad para investigadores y clínicos y que es

necesario un mejor modelo de cambio del comportamiento. Afirma la necesidad del estudio de los procesos de toma de decisión y motivacionales implicados en el cambio que no son necesariamente accesibles a la conciencia.

Como conclusión de este apartado y a modo de síntesis del mismo expresar que el cambio de comportamiento de los individuos es considerado bajo este modelo como una secuencia de etapas discretas y excluyentes y que en la práctica se muestran más como continuas o dimensionales. En este sentido, existen problemas metodológicos a la hora de medir el concepto central de las etapas, los algoritmos utilizados se basan en un tiempo arbitrario no considerándose la realidad donde un individuo puede estar más o menos tiempo en una o en varias etapas. Un ejemplo de ello puede ser el cuestionario URICA, que mide variables dimensionales cuando se espera que mida categorías discretas. Sería necesaria una mayor investigación al respecto y revisión de los puntos más inestables de la concepción del modelo, sin embargo, dejando estos problemas la investigación al respecto es escasa e inconsistente y este modelo continúa con gran aceptación y aplicabilidad en el campo de las drogodependencias.

5.2. Entrevista Motivacional

Como en el campo de la intervención de las drogodependencias, el proceso de motivación al cambio del paciente es clave para el éxito del programa o terapia, la entrevista motivacional también resulta imprescindible para progresar en los distintos estadios de cambio hacia la superación de la drogodependencia.

La motivación en general ha sido considerada en el pasado como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, un rasgo o disposición estática que un paciente o bien tenía o carecía, que era entendida como un prerrequisito para el tratamiento, sin la cual el clínico podía hacer poco, siendo la falta de motivación considerada como explicación del fracaso para empezar, continuar, cumplir y tener éxito con el tratamiento viéndose como responsabilidad del cliente y no del clínico. Se consideraba motivado a la persona condescendiente o que aceptaba la etiqueta de “alcohólico” o “drogadicto”, en cambio, el que mostraba resistencia a un diagnóstico o negaba comprometerse al tratamiento propuesto se catalogaba como desmotivado.

Actualmente la actitud terapéutica ha evolucionado, ha pasado de un modelo meramente informativo a uno motivacional. En este nuevo enfoque, la motivación es una clave para el cambio, en el sentido de que contiene un propósito, es intencional y

positiva, es la probabilidad de que una persona entrará, continuará y se comprometerá con una estrategia específica de cambio (Miller y Rollnick, 1999). La motivación se considera multidimensional, con una serie de componentes o dimensiones complejos como las urgencias o deseos internos, así como las presiones externas o metas que influyen al cliente, percepciones sobre los riesgos y los beneficios de comportamiento etc. La motivación es un estado dinámico y fluctuante, dinámico por estar continuamente en movimiento y fluctuante porque varía en intensidad, apareciendo dudas y resoluciones de las mismas viendo las metas con mayor claridad, decidiendo finalmente actuar o no actuar. La motivación es interactiva y se entiende como el resultado de las interacciones entre el individuo y otras personas o factores ambientales.

Figura 5.5. Evolución de la actitud terapéutica

<i>Modelo informativo</i>	<i>Modelo motivacional</i> <i>(Miller y Rollnick, 1999)</i>
Da consejos expertos Intenta persuadir Repite los consejos Actúa con autoridad Es rápido	Estimula la motivación Resume los puntos de vista del paciente Aproximación colaboradora Es de aplicación progresiva

Elaborado a partir del modelo de Miller y Rollnick (1999).

5.2.1. Aspectos generales

La entrevista Motivacional (EM) fue desarrollada por Miller y Rollnick, originalmente para trabajar con los bebedores-problema (Miller, 1985) aunque ha sido utilizado y probado con una amplia gama de conductas de salud. “La entrevista motivacional es una forma colaborativa, centrada en la persona como guía para suscitar y fortalecer la motivación para el cambio” (Miller y Rose, 2009). Es un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias. La entrevista motivacional es un enfoque directivo de orientación centrada en el paciente cuya meta va dirigida a ayudar a las personas a cambiar los comportamientos problemáticos presentes, en el tema que nos ocupa las drogas, aunque este enfoque es válido para multitud de problemas de salud. El estilo es colaborador, de apoyo, capaz de elicitar nuevos puntos de vista dirigido a que el paciente perciba una discrepancia entre su yo o situación actual y el deseado. Es un proceso en el que se evita la confrontación y se opta

por una visión positiva y optimista por parte del paciente, haciendo hincapié en los recursos personales y expectativas. Dentro de este proceso es básico el compromiso personal y la toma de decisiones con respecto al cambio. Se busca el compromiso del paciente por parte del clínico con un estilo cercano, de aceptación y sin prejuicios siendo capaz de mostrar las ideas y sentimientos acerca de su comportamiento actual y cómo encaja ese comportamiento con los valores o expectativas de la persona y si puede pensar o imaginar opciones menos negativas a los comportamientos actuales.

La entrevista motivacional es utilizada para impulsar la motivación intrínseca o interna que lleve al paciente a contemplar y resolver las dudas o ambivalencias con respecto al cambio. Estas ambivalencias son un elemento presente en cada uno de las etapas del cambio, por lo que ser consciente del conflicto y resolverlo es una de las metas del clínico en el proceso de la entrevista motivacional, centrándose más en el “cómo” que en el “sí” o “por qué”. Estas ambivalencias se observan fácilmente en los sujetos que abusan de las drogas en que perciben y sufren las consecuencias negativas del consumo de las mismas en todas y cada una de las áreas personales de su vida pero son incapaces de frenar o abandonar el consumo puesto que obtienen experiencias placenteras, de desinhibición y de socialización. Estos dos aspectos (negativos y positivos) son las dos caras de una moneda que hace que los pacientes se encuentren en un conflicto continuo perpetuo en el camino de su meta de abandono de las drogas. La actitud del clínico debe ser genuina y empática hacia el paciente ofreciendo una guía para aumentar el compromiso personal, ayudándole a resolver sus ambivalencias y disminuyendo sus resistencias que le lleven hacia la superación del problema produciéndose el cambio. Es importante que el clínico explique que las ambivalencias son parte del proceso lógico del cambio y que avanzar significa hablar y profundizar sobre ellas.

La entrevista motivacional tiene su génesis en las siguientes aproximaciones psicológicas:

- Psicología cognitivo-conductual ayudar a los pacientes a mejorar su auto-eficacia y a aprender cómo cambiar usando un abundante armamento de estrategias efectivas de afrontamiento.

- Psicoterapia humanista que combina un estilo terapéutico empático y de apoyo (Rogers, 1986) orientada a la idea de que las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden, que afirma que las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden En vez de que sus palabras impliquen que “tengo lo que

necesitas”, la EM comunica “tienes lo que necesitas”. De esta manera la EM encaja a la perfección con la idea humanista de la “tercera fuerza”.

-Teoría Transteórica del Cambio o Teoría de las Etapas de Cambio, etapas por las que atraviesa una persona. Se trata de cinco etapas diferentes de cambio que son la precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída. El modelo parte del análisis de los cambios que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia.

5.2.2. Principios, trampas y estrategias en la Entrevista Motivacional

La EM parte de unos principios básicos para la adecuada aplicación de la misma:

-la ambivalencia y el cambio es normal y constituye un obstáculo motivacional importante en la recuperación

-la ambivalencia se puede resolver al trabajar con las motivaciones y valores intrínsecos del cliente

-la alianza entre ambos es una asociación de colaboración a la cual cada uno trae una experiencia importante

-el estilo es empático, de apoyo, aunque direccional proporcionando condiciones para que se pueda producir el cambio

Promueve el cambio de comportamiento en diferentes ámbitos de atención y puede mejorar la relación clínico-paciente utilizando un estilo guiado hacia el compromiso que consiste en aclarar sus puntos fuertes y las aspiraciones, evocar sus propias motivaciones para el cambio y promover la autonomía de la toma de decisiones.

Una reciente revisión sistemática que incluyó 72 estudios encontró que la entrevista motivacional superó a dar consejos tradicionales en el 80% de estudios (Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005)

Los cuatro principios que subyacen la EM serían los siguientes:

a) *Expresar empatía*: aceptar el estado actual de paciente, escuchando de forma empática y reflexiva. Importante comunicar respeto y aceptación del cliente en cuanto a sus valores sus sentimientos sin emitir juicios sobre ellos. No se trata de “Ponerse en el lugar del otro” (Rogers, 1986) y empatizar con las experiencias personales. El principio fundamental: La aceptación facilita el acuerdo, el compromiso, y en definitiva, el cambio. La escucha reflexiva crea la atmosfera adecuada. La ambivalencia es normal, forma parte del proceso.

b) *Poner de manifiesto la discrepancia*: básicamente es crear discrepancia entre la conducta actual y los objetivos a conseguir por parte del paciente, fomentando la motivación intrínseca para alcanzar la abstinencia y un cambio de estilo de vida. Es clave analizar y tomar conciencia de las consecuencias de la conducta problemática en todas las áreas de la vida. “¿Dónde estoy y dónde quiero estar?”

c) *Manejar la resistencia*, intentando generar nuevas alternativas de cambio intentando no caer en discusiones ni enfrentamientos que provocarían bloqueos y aumentarían una actitud defensiva. La resistencia es una señal de cambio de estrategia del clínico (Ejemplo: No usar etiquetas, no atender al experto, etc.). La aparición de la resistencia surge como una autodefensa y viene a ser como una oportunidad para el cambio. En estos casos es importante aportar nueva información que promueva un cambio de punto de vista dando paso a una nueva elaboración.

d) *Apoyar la autoeficacia* del paciente reforzando diferencialmente aquellos cambios conductuales y cognitivos que se aproximen más al objetivo a perseguir. La autoeficacia es una de las variables intervinientes elementales intrínseca en el proceso de cambio (Bandura, 1977, 1982b, 1997) además de ser un buen predictor de la abstinencia del paciente (Diclemente y Prochaska, 1985; Solomon y Annis, 1990).

En las sesiones realizadas desde los modelos de intervención, resulta imprescindible prestar atención a las posibles resistencias del paciente y contar con su manejo, evitando una serie de “trampas” que pueden interrumpir el proceso motivacional y que su no atención puede llevar al clínico al fracaso de la entrevista, los autores advierten de las siguientes trampas:

-Trampa de Pregunta-Respuesta.

Es vital poner atención en fomentar un rol activo por parte del paciente, generando preguntas abiertas y una escucha reflexiva por parte del clínico.

-Trampa confrontación-negación

Hace referencia cuando el paciente acude a consulta en un estado de conflicto o ambivalencia con respecto al cese o no de su consumo. El clínico debe ir con cuidado y no mostrarse en una dirección, pues el paciente se situará en la contraria, apoderándose de su derecho a la libertad y la conversación se convertirá en una lucha de poder. Para prevenir o atajar este problema es importante la escucha reflexiva y la evocación de frases auto-motivacionales.

-Trampa del experto

El clínico podría dar la impresión de conocer todas las respuestas con lo que se podría generar cierta resistencia, provocar la pasividad del paciente o situarlo en un rol pasivo, sería conveniente ofrecer la oportunidad para explorar y resolver su ambivalencia.

-Trampa del etiquetado

Los problemas puedan ser abordados sin partir de etiquetas que podrían provocar una resistencia así como enfrentamientos innecesario. Lo importante es no caer en infructuosos debates sobre las etiquetas diagnósticas.

-Trampa del foco prematuro

El clínico puede precipitarse si centra el foco de la sesión de forma prematura, es más adecuado centrarse inicialmente en las preocupaciones del cliente, en lugar de las del terapeuta.

5.2.3. Actuaciones adaptadas a los estadios de cambio

La primera fase de la entrevista motivacional implica la construcción de la motivación para el cambio, algunos pacientes pueden encontrarse más precontemplativos o contemplativos en términos del modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992). La entrevista motivacional se ha estudiado como tratamiento previo a otras intervenciones como el Manejo de contingencias y la terapia Cognitivo-conductual (Ball et al., 2007), mostrando eficacia en la reducción del consumo en pacientes que se encontraban con una baja motivacional al inicio del tratamiento. En esta fase es primordial realizar preguntas abiertas, escuchar de forma activa, reflexiva, apoyando y resumiendo a lo largo de las sucesivas entrevistas y conforme el paciente va construyendo la motivación necesaria para poder llegar al cambio, el clínico será su compañero de viaje. Señales de que el paciente va avanzando en el proceso de cambio se evidencian en que se reduce la resistencia y las preguntas sobre el problema, se verbalizan frases automotivacionales, se incrementan las preguntas sobre el cambio y experimentándose avances (Miller y Rollnick, 1991, 1999).

En una segunda fase, una vez creado ese compromiso personal, una tarea imprescindible será el recapitular y realizar preguntas clave, acerca de lo que quieren hacer, proporcionado información en el momento preciso, así como consejo, siendo necesario negociar entre ambos un plan donde se establezcan una serie de metas y se

consideren las distintas opciones de cambio (Miller y Rollnick, 1991, 1999). Todo este camino es recorrido por el paciente acompañado en su proceso por el clínico.

5.2.4. Evidencia empírica

Guillén y Mañoso (2004) analizan los estudios desde 1983 a 2003 donde diferencia la EM de otras psicoterapias afirmando que es eficaz para reducir el consumo comparado con las personas que no siguen tratamiento o se encuentran en lista de espera, produce una reducción de daño y de consumo. Comparada con otros tratamientos, los resultados no parecen ser concluyentes, mostrándose igualmente eficaz que otras intervenciones aunque sí superior a intervenciones meramente informativas (Monti et al. 1999; Stephens, Roffman, y Curtin, 2000).

Hettema, Steele y Miller (2005) en un meta-análisis de 72 estudios empíricos de Entrevista motivacional afirma que aumenta la retención y el compromiso con el tratamiento así como la motivación percibida por el personal, existen “efectos significativos y duraderos cuando se añade la EM al principio del tratamiento. También se concluye que los efectos de la entrevista decaen con el tiempo aunque muestran una pequeña pero significativa eficacia a los 12 meses del tratamiento, a lo que Miller (2005) afirma que es un efecto común a otros tratamientos y que lo interesante es que los efectos de la intervención breve pueden persistir mucho tiempo después de su aplicación.

Burke, Arkowitz, y Dunn (2002) en una revisión de 26 estudios concluyeron que la investigación apoya la eficacia de la entrevista motivacional en problemas de alcohol, drogadicción, la hipertensión y la bulimia como así como su eficacia para promover el mejor cumplimiento de los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Burke, Arkowitz y Menchola (2003) en el meta análisis realizado, incluye 30 estudios sobre la intervención motivacional para estudiar su eficacia comparativa concluyendo que la EM se muestra equivalente a otros tratamientos y superior al grupo control sin tratamiento o con placebo para los problemas relacionados con el alcohol, las drogas, y la dieta y el ejercicio, con una tasa y tamaño de efecto moderado en las medidas de impacto social ($d=0,47$). En cambio, los resultados no hablaban de eficacia de la EM en el ámbito de dejar de fumar y para la disminución de conductas de riesgo para el VIH.

En relación a los estudios de eficacia de la entrevista motivación a nivel grupal, Brown et al. (2006) elaboraron una versión grupal de la misma y la aplicaron a una

muestra de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y la compararon con un tratamiento estándar. Los resultados mostraron efectividad en ambas aunque sin diferencias en general en las variables relacionadas con el consumo de drogas lo que concluyeron es que no había argumentos suficientes para sustituir las intervenciones terapéuticas habituales por las basadas en la entrevista motivacional. En este sentido, también utilizando un formato grupal y aplicando un enfoque cognitivo-conductual y entrevista motivacional en cocainómanos en tratamiento ambulatorio se obtuvo una tasa de retención del 84% a los tres meses de seguimiento tras finalizar el programa de intervención, concluyendo que la combinación de estos enfoques mejoran la adherencia y son eficaces para mantener la abstinencia de este tipo de consumidores (Sánchez, et al. 2011).

Existen tres estudios ejemplares sobre la EM que han proporcionado un fuerte apoyo a la eficacia en el tratamiento en los ámbitos de la adicción al alcohol y las drogas que eliminan casi todas las amenazas a la validez interna (Miller, Benefield, y Tonigan, 1993; Proyecto MATCH, 1997; Stephens, Roffman, y Curtin, 2000). Así, autores como Burke, Arkowitz y Menchola (2002 y 2003), hablan de un desequilibrio entre la validez interna y externa en la investigación acerca de la entrevista motivacional que explica por la baja calidad de algunos estudios, como si los investigadores estuvieran más interesados conocer con qué tipo de poblaciones es más aplicable que prestar más atención en diseños más rigurosos (por ejemplo, Brown y Miller, 1993; Handmaker, Miller, y Manicke, 1999). En esta revisión, habla de la equivalencia a otros tratamientos con los mismos efectos pero en menor tiempo, pudiéndose ser más rentable en términos de coste-beneficio.

Nahom (2005) realiza una revisión de trabajos publicados entre 1996 y 2002 y concluye que la EM logra buenos resultados aunque quizá sin ser superiores a otras modalidades terapéuticas como la prevención de recaídas, escucha no activa o intervenciones breves a nivel informativo, por lo que incorporar la EM a otras modalidades podría no mejorar los resultados. Además, parece existir evidencia de que los resultados parecen decaer progresivamente con el tiempo, por lo que podría facilitarse como complemento a tratamientos más estructurados, en el sentido de que intervienen más en términos de proceso que de resultado. Se muestra de gran utilidad de cara a aumentar la participación, adherencia y retención de los pacientes en tratamiento.

De todas formas, la entrevista motivacional es más eficaz que el no tratamiento, principalmente para los pacientes con menor motivación, los precontempladores, que no

han contemplado comprometerse a abandonar el consumo y que a raíz de la EM pueden considerar la idea de intentarlo.

El elemento primordial de la EM es que para tener éxito en un tratamiento en drogas es de vital importancia tener en cuenta al paciente las motivaciones y características particulares como llave en el proceso de cambio. La EM ha mostrado su eficacia al compararla con el no tratamiento o placebo aunque no se muestra mayor al compararla con otras aproximaciones de intervención (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández-Hermida, Casete, Bermejo, Secades y Tomás, 2008; Burke, Arkowitz y Menchola, 2003). La EM fue iniciada para tratar los trastornos por consumo de sustancias pero también puede ser aplicada de forma efectiva en una amplia variedad de problemas de comportamiento (dieta, ejercicio físico, control de impulsos, enfermedades crónicas, etc.) donde se muestre necesario modificar el comportamiento habitual que mantiene un problema de salud en el presente.

5.3. Prevención de Recaídas en conductas adictivas

Existen distintos modelos que han estudiado el proceso que lleva al drogodependiente a la recaída, como puede ser el modelo del alivio de la abstinencia condicionada (Wikler, 1973), el modelo de la respuesta compensatoria condicionada (Siegel, 1983), el modelo de la apetencia motivacional condicionada (Stewart, De Wit y Eikelboom, 1984) y el modelo del aprendizaje social (Marlatt y Gordon, 1985) constatando que la recaída es precedida por una serie de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que se ponen en juego una serie de antecedentes y consecuentes que aumentan la probabilidad de una recaída. Esta serie de acontecimientos (emocionales, cognitivos y conductuales) son los elementos clave para poder aprender e identificar los determinantes internos y externos, así como aplicar las estrategias necesarias en las distintas situaciones de alto riesgo que se puedan presentar en el entorno más cercano.

El fenómeno de la recaída ha sido aplicada no solo a los trastornos por consumo de sustancias, sino para el tratamiento de una amplia variedad de trastornos mentales, como el juego patológico, el control de los impulsos y el sobrepeso (Graña y Muñoz, 2008). No obstante, en el tema que nos ocupa, el modelo más popular en prevención de recaídas de consumo de sustancias es el propuesto por Marlatt y Gordon (1980,1985). Se trata de un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual basado en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura. La prevención de recaídas es un programa

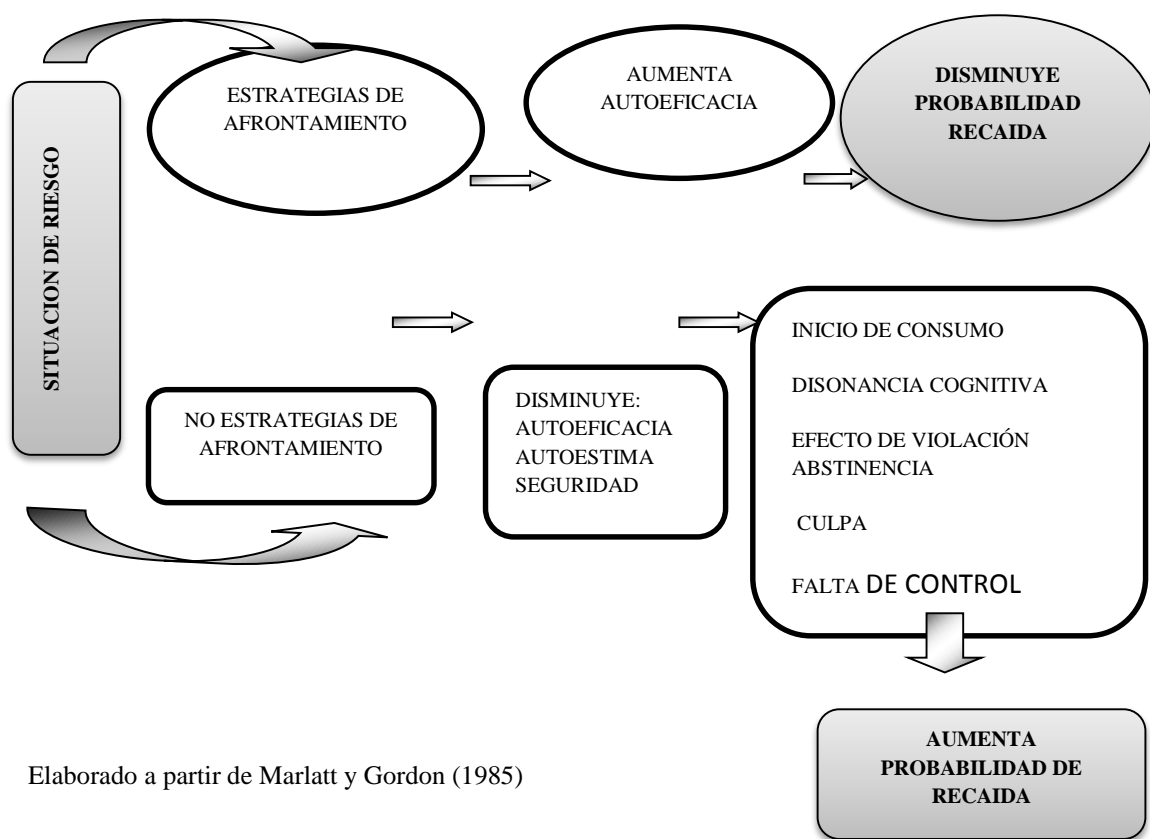
de autocontrol diseñado para ayudar al sujeto a desarrollar la habilidad de anticipar y afrontar los problemas de recaída en el proceso de cambio de la conducta adictiva, más concretamente, para aplicarlo en la fase de mantenimiento de la abstinencia (Marlatt, 1993). Este programa de autocontrol se desarrollaría mediante tres etapas: establecimiento de un compromiso personal y motivación para el cambio, el establecimiento del propio cambio y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo, y por último, el mantenimiento del cambio logrado a largo plazo y la adaptación al nuevo estilo de vida aunque sin olvidar que debe seguir manteniéndose ante posibles situaciones de peligro de consumo.

Este modelo postula que entre la abstinencia y recaída media una situación de alto riesgo. Se entiende por situación de riesgo a “cualquier situación, incluyendo las reacciones emocionales a la situación, que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída”. Al exponerse a una situación de riesgo, el individuo puede no ser capaz de enfrentarse a ella con la estrategias de las que dispone, produciéndose de nuevo un consumo y regresando rápidamente al estilo habitual anterior de consumo. En este sentido, se identifican tres tipos de situaciones que se encuentran asociadas a la mayoría de las recaídas: los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y los contextos de presión social. Así, un deficiente manejo de cualquiera de estas situaciones de alto riesgo incrementaría la posibilidad de volver a realizar la conducta adictiva y facilitaría una recaída. Goldstein, Gordon y Marlatt (1984) analizando los episodios de recaída de fumadores concluyeron que las personas que recayeron eran las que hacían más atribuciones internas o caracteriológicas, encontrándose más predisuestas para el desliz.

Las recaídas son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más del proceso terapéutico, ya que la recaída suele ser la norma y no la excepción situándose en tono al 50-90% de los casos que tras la abstinencia vuelven a recaer (Marlatt y Gordon, 1980, 1985). Así, el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009), en los principios undécimo como decimotercero hace referencia al fenómeno de las recaídas. El principio número once dice que “El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente” y el número trece afirma que “La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo. Tanto un principio como otro señalan la frecuencia de las recaídas, siendo la norma o el resultado habitual del individuo con una dependencia de sustancias (Marlatt y Gordon, 1985), de ahí la importancia en desarrollar estrategias para enfrentarse a estresores que puedan propiciar una recaída.

Se ha visto que una persona que se sienta poco capaz de enfrentar situaciones de alto riesgo de recaída tiene mayor probabilidad de reincidir en el consumo. Si el resultado del afrontamiento es negativo, se produce lo que se conoce como el *Efecto de Violación de la Abstinencia*, caracterizado por la autoinculpación por el fracaso y el aumento de la disonancia cognitiva tras producirse el desliz o recaída. En términos de la terapia racional-emotiva acerca de la depresión, el sujeto adopta un formato de pensamiento global, estable, interno y negativo. Por el contrario, si el sujeto ante esa misma situación de riesgo, dispusiera de herramientas útiles para producirse un afrontamiento adecuado, la probabilidad de consume disminuye de forma significativa, percibiéndose una sensación de control ante la situación, esto se asociaría con expectativas positivas del resultado o superación, por lo que la próxima situación que se presentara dispondría de una mayor autoeficacia o creencia en sus posibilidades, manteniéndose la abstinencia de forma prolongada (Marlatt, 1996; Marlatt y Gordon, 1985).

Figura 5.6. Modelo Cognitivo conductual del proceso de recaídas



Elaborado a partir de Marlatt y Gordon (1985)

Por el contrario, si el sujeto no es capaz de enfrentarse exitosamente ante la situación de riesgo, la probabilidad de que se produzca un nuevo consumo aumenta, disminuyéndose la sensación de control y autoeficacia asociándose a la experiencia y creándose expectativas negativas de resultado. Ante esa situación de riesgo será más fácil, por el estilo habitual consumidor, atender a la experiencia placentera de los efectos del consumo que a las consecuencias negativas derivadas del mismo. El “craving”, y su control, es considerado un constructo central a la hora de explicar el desarrollo, mantenimiento, abstinencia y recaída en adicciones (Becoña et al., 2008; Drumond, 2001; Weiss, 2005).

5.3.1. Determinantes de la recaída y situaciones de alto riesgo

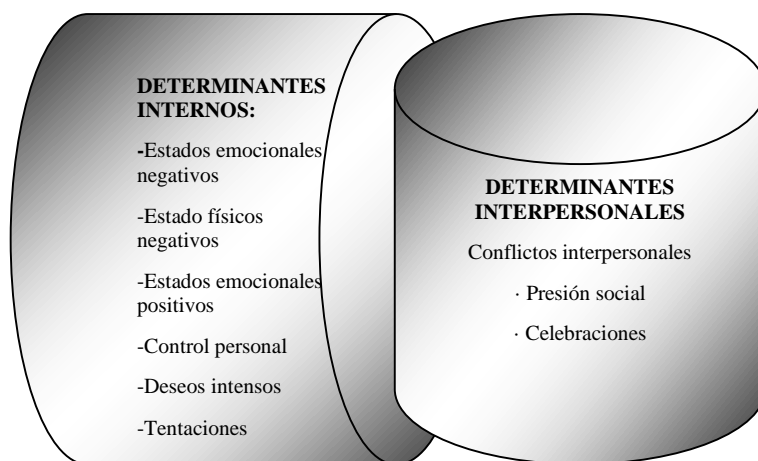
Desde una aproximación cognitiva-conductual la recaída se muestra como un fenómeno resultado del fracaso de los mecanismos psicológicos (cognitivo-afectivos) y conductuales del sujeto condicionados por el aprendizaje, así como de los antecedentes y consecuentes de la situación. Es importante tener en cuenta la interacción de factores individuales, ambientales y fisiológicos en todas las etapas del proceso de cambio. La información sobre la que se dispone acerca de la historia natural o biográfica de la persona puede esclarecer la probabilidad que presenta el individuo de protagonizar una posible recaída, habiendo autores que señalan que en la etapa de mantenimiento de la abstinencia, las tasas de recaída se estabilizan hacia los cuatro meses aproximadamente (Goldstein, Gordon y Marlatt, 1984).

Con respecto a los determinantes o antecedentes de las recaídas, Marlatt y Gordon (1985) encuentran una serie de determinantes que se agrupan en dos clusters: determinantes intrapersonales e interpersonales. Los intrapersonales hacen referencia a los factores personales internos (cognitivos) mientras que los interpersonales hacen referencia a las variables sociales o relaciones (conflictos familiares, pareja, amigos, etc.). Tras distintos estudios Marlatt (1985) afirma que los determinantes intrapersonales son más comunes en los episodios de recaída que los interpersonales, ya que hacen más referencia a atribuciones más internas, relacionados con lo que la persona cree o siente acerca de sí misma y de su estilo de afrontamiento. Esto indicaría hacia qué dirección se deben dirigir los esfuerzos a la hora de diseñar estrategias exitosas unido a un plan de intervención en recaídas.

Marlatt y Gordon (1993) siguiendo un criterio temporal, informan de que dos terceras partes de los drogodependientes que inician un periodo de abstinencia

protagonizan una recaída en los tres primeros meses, por lo que las intervenciones a lo largo de este periodo de tiempo son cruciales de cara a reforzar el mantenimiento de una abstinencia más prolongada. Por su parte, Sánchez-Hervás et al. (2012) analizan los factores de riesgo de recaída en pacientes dependientes de la cocaína en tratamiento ambulatorio (N=102), para ello analizar un grupo de variables a lo largo de seis meses concluyendo que el entorno social familiar y la situación económica-laboral se asociaban con un mayor riesgo de recaída lo que parece ir en consonancia con otros estudios realizados Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Santonja et al.,2010). Estos autores destacan la necesidad de incorporar servicios integrales de asesoramiento e intervención para las familias, con el objetivo de mejorar la comunicación y ampliar el repertorio de habilidades interpersonales, así como aportar los medios para facilitar la formación e incorporación laboral aumentando así las tasas de retención y abstinencia.

Figura 5.7. Clasificación de los determinantes de la recaída



Elaborado a partir del Modelo de Marlatt y Gordon (1985)

5.3.2. Técnicas de intervención

Un programa de intervención para prevenir recaídas debe contemplar los siguientes objetivos (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005): identificar situaciones, pensamientos y emociones relacionados con los episodios de consumo y su afrontamiento adecuado a través de técnicas específicas.

De cara a identificar aquellas situaciones capaces de desencadenar una recaída, se puede solicitar al paciente que realice un autregistro de aquellas situaciones en las que ha experimentado un deseo fuerte de llevar a cabo la conducta problema, así como

analizar detalladamente la última recaída que ha podido protagonizar (Graña y Muñoz, 2008). En este autoregistro puede determinar junto a todas esas situaciones, las decisiones aparentemente irrelevantes que le fueron o han ido guiando en el proceso que le ha llevado finalmente al consumo de la sustancia, así como la intensidad o fuerza del deseo o querencia que aumenta conforme el individuo se va acercando a la situación de riesgo, tornándose cada vez más difícil abandonar la situación a mayor proximidad de la misma. Analizando estas situaciones una y otra vez, el individuo puede determinar los factores comunes a todas las recaídas para así diseñar la intervención más útil, así como el aprendizaje de las técnicas de afrontamiento más adecuadas en el caso concreto en el que se encuentre.

El deseo o craving se encuentra presente a lo largo de todo el proceso de extinción de la conducta adictiva, aunque su intensidad irá variando de forma gradual y progresiva, no obstante, en los casos donde exista el deseo de consumo más continuado o intenso, es imprescindible que el paciente aprenda a sentir y aceptar esa sensación en una postura relajada de cara a identificar los puntos de tensión o ansiedad corporales y observarlos hasta que desaparezcan de forma natural, por el contrario resulta contraproducente intentar forzar la eliminación de estos deseos de consumo (Marlatt, 1985).

Graña y Muñoz (2008) apuntan a la necesidad de un cambio en el estilo del vida del consumidor, para lo que es imprescindible fijar acuerdos en establecer un conjunto de pautas que el paciente deberá adquirir, que se ajusten a sus necesidades personales y preferencias, es importante lograr acuerdos con el paciente de manera que no sienta estos cambios como una imposición lo que podría generar resultados contraproducentes, por lo que es importante negociar acerca de qué aspectos del cambio sobre su estilo de vida son los más adecuados para modificar instalando actitudes más saludables que faciliten la prolongación del estado de mantenimiento de la abstinencia.

En relación a la intervención y en cuanto a herramientas disponibles, de orientación cognitivo conductual, para hacer frente a los episodios de mayor riesgo se encuentran la evitación de las situaciones de riesgo en las primeras etapas, escape o abandono de las mismas, distracción, retraso del deseo de consumo, recuerdo de episodios de consumo así como de las consecuencias contraídas a lo largo del tiempo (tanto para el individuo como para los que le rodean), entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, estrategias cognitivas como la imaginación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones, y comportamentales como la relajación,

actividad física, comportamientos alternativos y habilidades de asertividad y rechazo de ofrecimientos.

5.3.3. Aproximaciones y efectividad en la intervención en recaídas

La prevención de recaídas se muestra efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas. Con respecto a la evidencia existente en este tema, contamos con el Modelo de Prevención de recaídas de Marlatt (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985) por ser la más utilizada que se ha podido constatar en el tratamiento de drogodependientes e incluso en otros trastornos mentales (Witkiewitz y Marlatt, 2004) o actualmente, junto a entrenamiento en *mindfulness* (Witkiewitz, Bowen, Douglas y Hsu, 2013, Witkiewitz, Greenfield y Bowen, 2013).

Autores de renombre como Carroll (1996), en una revisión de 24 ensayos controlados y aleatorizados con individuos drogodependientes de distintas sustancias, halló que la prevención de recaídas, era más eficaz que no realizar tratamiento y tan efectiva como otras intervenciones, lo que han corroborado otros autores actualmente mediante un meta-análisis de estudios sobre programas basados en prevención de recaídas (Hughes, Peters y Naud, 2008; Suls, Luger, Curry, Mermelstein, Sporer y An, 2012), reduciendo la gravedad de los episodios aunque los efectos parecían decaer unos meses tras la finalización del tratamiento realizado (Weiss et al. 2007). Hughes y colaboradores (2008) mediante meta-análisis estiman que la incidencia anual de recaída después del año es de un 10% (en fumadores que cesaron en el hábito de fumar).

Por otro lado, Irvin, Bowers, Dunn y Wang (1999) revisaron 26 ensayos controlados realizados también con drogodependientes a diversas sustancias y encontraron una disminución del consumo y aumento del ajuste psicosocial, concluyeron que este programa presenta elementos clave afines al consumo de alcohol y que sería adecuado incorporarlos a las intervenciones con otras sustancias para aumentar su eficacia, lo que se ha podido aplicar en el consumo de marihuana encontrando resultados exitosos (Roffman, Stephens, Simpson y Whitaker, 1990).

Greenwood, Woods, Guydish y Bein (2001) comprobaron que la prevención de recaídas, daba buenos resultados tanto en la modalidad ambulatoria como residencial, e incluso los tratamientos en internamiento (tipo comunidades terapéuticas) en los seis meses de tratamiento suponen una disminución de la probabilidad de recaída de hasta tres veces menor, aunque no parecen existir diferencias significativas si se comparan con los programas de internamiento de 12 y 18 meses.

En cuanto a la duración de los efectos, ha supuesto una variable crítica en la interpretación de resultados ya que se desconocen cuánto tiempo perduran los avances alcanzados a lo largo del tratamiento una vez finalizado. Relativo a este aspecto, Allsop, Saunders, Philips y Carr (1997) en su investigación encontraron relaciones significativas en dependientes de alcohol con un aumento de la autoeficacia, una probabilidad más alta de alcanzar y mantener la abstinencia y retraso en el tiempo de la primera recaída, aunque si bien es cierto, al año los resultados alcanzados inicialmente se redujeron significativamente. En este sentido, sería conveniente diseñar programas de seguimiento tras la finalización del tratamiento que favorecieran el mantenimiento y consolidación de los cambios alcanzados a lo largo del tratamiento.

Otra cuestión de interés en la eficacia de los tratamientos, son los tratamientos combinados. Combinando con otras intervenciones se podrían potenciar los resultados más que los que se pudieran esperar si se aplicaran de forma aislada. Así, el NIDA (2009) recomienda la utilización de las terapias psicológicas combinadas con otros tratamientos, así como el realizar un abordaje integral de los problemas del paciente drogodependiente. Existen estudios que concluyen que se muestra eficaz para consumidores con trastornos por consumo de alcohol o policonsumidores cuando o se combina con farmacoterapia y a la finalización del tratamiento (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999). En el caso de que exista patología dual, “Las recaídas son potencialmente más frecuentes en trastornos duales que en pacientes con un único diagnóstico, sin que ello signifique necesariamente el fracaso del tratamiento” (Palacios, 2001).

En los últimos años, existe un interés por introducir la meditación como un elemento más del tratamiento en los trastornos por consumo de sustancias, parece mostrarse efectivo en el tratamiento de las recaídas de alcohol (Taub, Steiner, Weingarten, y Walton, 1994), en la depresión (Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams y Segal, 2002), trastornos de la personalidad (Linehan, 1993), reducción del estrés (Bishop, 2002), y en el síndrome de colon irritable (Keefer y Blanchard, 2001). Marlatt, Chawla y Bowen (2011) cuentan con un protocolo de intervención en prevención de recaídas basado en el mindfulness, desarrollando un protocolo de ocho sesiones: sesión uno: piloto automático y recaída; sesión dos: conciencia, desencadenantes y craving; sesión tres: conciencia plena en el diario vivir; sesión cuatro: conciencia plena en situaciones de alto riesgo; sesión cinco: aceptación y habilidades de acción; sesión seis: ver los pensamientos como pensamientos; sesión siete: autocuidado y estilo de vida balanceada; sesión ocho: soporte social y

continuación de la práctica. La práctica del mindfulness es la integración de técnicas cognitivo-conductuales con prácticas de meditación de conciencia plena, y busca facilitar una mayor conciencia sobre el propio sujeto y en relación a todas las experiencias, tanto internas (emociones, pensamientos y sensaciones) como externas (sucesos ambientales) que promuevan mayor capacidad de elección y experiencia de libertad. En este sentido, la conciencia plena se refiere a la conciencia del momento del instante presente y se cultivan habilidades de observación y contemplación de la experiencia presente trayendo conciencia del amplio rango de opciones en cada momento que se nos presenta en la vida.

Actualmente el modelo de prevención de recaídas de Marlatt (Marlatt y Donovan, 2008), sugiere una revisión y actualización del concepto de proceso de recaída, adicionando nuevas variables y las nuevas interacciones emergentes, ya que ha recibido ciertas críticas en el sentido que parece centrarse únicamente en factores más proximales y no tanto a otros más distales que también influyen la conducta del consumidor de sustancias, como son las disposiciones personales.

5.4. Fundamentos psicológicos del tratamiento de los Trastornos por consumo de sustancias

En los últimos años, se ha realizado un importante esfuerzo en evaluar la terapia psicológica. No se trata de una evaluación global de las distintas psicoterapias, sino de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas. En este sentido, el informe *Task Force* realizado en 1995 es el referente más importante de la evaluación de las terapias psicológicas realizado hasta ahora.

En 1993, un grupo de expertos procedentes de distintas escuelas de psicoterapia (interpersonales, psicodinámicos y cognitivo-conductuales), desarrollaron un informe sobre promoción y difusión de procedimientos psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). El objetivo de dicho informe era determinar la eficacia de los distintos tratamientos para trastornos específicos y elaborar guías de tratamiento adecuadas a cuadros clínicos concretos, para posteriormente promover la difusión de éstas.

De los tratamientos efectivos para el abuso y dependencia de sustancias incluidos en dichas revisiones, la mayoría corresponden a tratamientos de tipo cognitivo-conductual. Los tratamientos incluyen terapias psicológicas para la

dependencia a cocaína, opiáceos, alcohol, tabaco y benzodiacepinas. La terapia cognitivo-conductual representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva.

Una parte fundamental en el trabajo clínico, es el desarrollo y la implementación de los programas de tratamiento, modalidades o técnicas basadas en los principios basados en la investigación empírica, lo que se refleja en unos resultados mayores a conseguir con el paciente y un uso más adecuado y eficiente de los recursos de tratamiento. En este sentido, el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) en 1999 publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (*National Institute on Drug Abuse, 1999*). Estos principios se han ido revisando y modificando hasta llegar a su última revisión (NIDA, 2009).

Los principios para el tratamiento efectivo de las drogodependencias hacen especial hincapié en el componente psicológico estrechamente unido al fenómeno adictivo. Este componente psicológico que se encuadra dentro de las terapias psicológicas siendo el eje principal a partir del que giran cada uno de los abordajes y estrategias dirigidas al cambio de la conducta adictiva. La importancia del tratamiento psicológico es obvia, no obstante, la postura más conveniente es combinar distintos tratamientos (farmacológicos, médicos, sociales, etc.) de forma integral para obtener los resultados más eficaces y óptimos. En este sentido, el tercer principio dice “El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas”, y el cuarto dice que “Un plan de tratamiento y de servicio individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona”. Es decir, para obtener los resultados más potentes, no sólo es importante la intervención, sino el cómo se evalúe esa intervención, con el propósito de ajustarse a las necesidades del individuo para asegurarse que el cambio sea debido al programa o intervención utilizado.

Tanto en el proyecto MATCH (*Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity*) como en el *UK Alcohol Treatment Trial* afirman que todos los tratamientos psicosociales presentan resultados óptimos y que no existen diferencias importantes entre ellos, así como que existen dificultades en poder establecer relación entre la tipología del paciente y el resultado del tratamiento, ello es debido a ciertos problemas en la metodología, así como que los resultados prueban que no todos los tratamientos funcionan por igual (Gifford y Humphreys, 2007).

Figura 5.8. Principios para el tratamiento efectivo del NIDA

1. La adicción es una enfermedad compleja que se puede tratar y que afecta al funcionamiento del cerebro y al comportamiento.
2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas o su adicción.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias conductuales constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo y son las modalidades de tratamiento para la drogadicción usadas con más frecuencia.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. El plan de tratamiento del paciente y los servicios que recibe deben ser continuamente evaluados y, de ser el caso, modificados para garantizar que se ajusten a cualquier cambio en sus necesidades.
9. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.
8. Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos
10. El manejo médico de la desintoxicación es apenas la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
12. Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas (uso de drogas) durante el tratamiento.
13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
14. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

Nota: En la anterior tabla, se suma el principio 14 que se encontraba presente en la primera edición del 1999 que en la actualidad continúa perfectamente vigente.

Recientemente, un grupo de investigadores (Pearson et al. 2012) han sometido a meta-análisis siete de los principios del NIDA relacionados con el tratamiento en drogodependencias, encontrando que cinco de los siete se apoyan en estudios con resultados más que suficientes para hablar de un tratamiento efectivo, como es el que el tratamiento atienda a las necesidades del paciente, el uso de terapias cognitivo-conductuales y/o conductuales individuales o de grupo, con reevaluaciones del plan de tratamiento e incluyendo exámenes para el hepatitis, VIH y Sida. El resto de los siete principios no fueron sometidos a meta-análisis por considerar que no estaban tan relacionados con todo el proceso de cambio a lo largo del tratamiento en el consumo de

drogas. El meta análisis realizado indica que se necesitan por lo menos tres meses en tratamiento para obtener buenos resultados y como la tendencia es un abandono prematuro, los programas deben incluir estrategias y terapias para involucrar y mantener a los pacientes en el tratamiento como los abordajes cognitivo-conductuales ($g = 0,11$), manejo de contingencias ($g = 0,21$) y comunidad terapéutica ($g = 0,36$). El NIDA alenta a los investigadores a seguir estudiando otro tipo de variables que puedan estar implicadas en la realización de un tratamiento eficaz. Dentro de este meta análisis (Prendergast, Podus, Chang y Urada, 2002) encontraron un tamaño medio del efecto global ($d=0,31$) para todos los tipos de resultados informados en 16 estudios de intervenciones de reducción de riesgo de VIH llevados a cabo en el abuso de drogas en programas de tratamiento;

5.4.1. Tratamientos psicológicos eficaces en drogodependencias

En los últimos años ha surgido multitud de estudios e investigaciones referentes a la efectividad de los tratamientos, en particular los utilizados en drogodependencias. En este apartado se realiza una revisión de las intervenciones basadas en la evidencia en los trastornos adictivos, donde el NIDA ha recogido una guía con las intervenciones más utilizadas y probadas empíricamente.

Aunque los enfoques cognitivo-conductuales han ganado en eficacia, lo cierto es que se obtienen mejores resultados cuando se incluyen dentro de programas multimodales o multicomponentes, como por ejemplo, la farmacoterapia. No obstante, debe priorizarse las intervenciones psicológicas en los servicios sanitarios dedicados a la intervención en drogodependencias.

Uno de los resultados que reveló el Proyecto MATCH (1997) que surgió de un modo natural fue que los pacientes que recibían tratamiento de forma residencial, mejoraban más que los que lo recibían de forma externa o ambulatoria (apuntaban a una mejora de un 15% de un grupo sobre otro), atribuyendo la explicación a una motivación más intrínseca al grupo de internos por la petición de realizar un tratamiento residencial reflejando un mayor compromiso con respecto al cambio (Grupo de investigación del Proyecto MATCH, 1997, 1998).

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales han sido las más estudiadas, utilizadas y que han contado con mayor apoyo empírico en el tratamiento de los trastornos adictivos. De hecho, se ha constatado con alto nivel de evidencia que las terapias de orientación cognitivo conductual son más efectivas que otras modalidades

psicoterapéuticas y farmacológicas utilizadas por separado, también se muestran efectivas tanto en el formato grupal como individual, mostrando los mejores resultados si se aplica en programas a largo plazo. Combinado con otras psicoterapias y con psicofarmacología su eficacia aumenta, siendo la duración de sus efectos extensibles en el tiempo aunque con cierta decadencia conforme se aumenta el tiempo posterior a la finalización del tratamiento. Estos resultados han podido ser encontrados a través de diversos metaanálisis de este tipo de terapias en el tratamiento de las conductas adictivas (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999; Miller y Wilbourne, 2002). Los indicadores más frecuentemente utilizados han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de los episodios de consumo, retención en tratamiento, reducción de sintomatología asociada y reducción de conductas disfuncionales en relación a actos delictivos, etc.

En la revisión que se muestra a continuación facilitada por Becoña y colaboradores (2008), se presentan estudios con distintos niveles de evidencia: ensayos clínicos controlados y aleatorizados, los que han presentado limitaciones metodológicas, estudios descriptivos, comparativos y de casos controles. El interés va dirigido a centrarse en los estudios que se han realizado en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención y manejo de contingencias, terapia cognitiva, modelos multicomponentes y programas en comunidades terapéuticas, estudios donde se compara con otros enfoques, utilizando tanto la modalidad individual como grupal, la duración de tratamiento adecuada, de los efectos en el tiempo y tratamientos combinados (Becoña et al., 2008).

- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento**

Se basan en la teoría del aprendizaje social y persiguen el objetivo de aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo que podrían provocar un desliz o recaída. Estas técnicas pueden ser aplicadas mediante formato individual o grupal y complementarlas combinándolas con otras técnicas dentro del propio tratamiento, siendo las más conocidas en la práctica clínica: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del deseo de consumo y manejo emocional. Básicamente se orienta a la disminución del malestar asociado a las situaciones de riesgo y el aumento de la autoeficacia personal (Monti, Colby, Barnett, Spirito, Rohsenow y Myers, 1999).

Bottlender, Kohler y Soyka (2006) sugieren que los pacientes drogodependientes, podrían retrasar el primer episodio de recaída post-tratamiento y

doblar el número de días que permanecen abstinentes respecto al grupo control, aunque no parecen conseguir la abstinencia total ni reducir la intensidad de la recaída.

En la siguiente Figura 5.9 se muestran algunos de los estudios y conclusiones alcanzadas por los investigadores.

Figura 5.9. Estudios de eficacia en Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Autor/Año	Resultados encontrados
Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams(1997)	Eficacia en los 3 primeros meses, disminución del consumo del grupo experimental con respecto al grupo control
Longabaugh y Morgenstern (1999).	Eficacia si se combina con programa integrado o multicomponente.
Rodríguez, Párraga y León (1983).	Se aumenta la eficacia cuando forma parte de programas más amplios, y sólo en sujetos que presentan una dependencia leve del alcohol y escaso deterioro personal y social.
Burtscheidt, et al. (2001); Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss y Gaebel (2002); Jones, Kanfer y Lanyon. (1982); Holder, Longabaugh, Miller y Rubonois (1991)	Comparan tres programas de tratamiento ambulatorio (de soporte, cognitivo-conductual y entrenamiento en habilidades de afrontamiento) en una muestra de alcohólicos y observar la eficacia para incrementar la abstinencia y la adherencia al tratamiento a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. Existe superioridad de los programas cognitivo conductuales y habilidades de afrontamiento sobre el de soporte a los 6 y 24 meses, así como una tendencia superior en 12, 18 y 30 meses.
Eriksen, Bjornstad y Gotesman (1986).	Aumenta el repertorio de habilidades sociales y reducen la tasa de consumo de alcohol
Monti, et al. (1997); Rosenow, Monti, Martin, Michalec y Abrams (2000).	Mejor eficacia aunque sin significación estadística en entrenamiento en relajación-meditación, disminuye la tasa de abandono y consumo de alcohol y cocaína al seguimiento (3 y 12 meses)

• Manejo de contingencias (MC)

Esta técnica se fundamenta en los resultados de estudios que afirman que el uso de drogas es una conducta operante que se mantiene puede ser modificada a partir de sus consecuencias, así, la aplicación sistemática de reforzadores y castigos contingentes a la conducta objeto de intervención modulan la conducta. Esta técnica se emplea para reforzar la abstinencia, asistencia, mantenimiento y adherencia tanto al tratamiento psicológico como farmacológico. Entre los reforzadores más utilizados se encuentran ciertos privilegios clínicos, dinero, vales o descuentos canjeables por bienes o servicios de la comunidad, todo ello contingente a la abstinencia de sustancias durante

el tratamiento (Petry, 2000). Los investigadores han utilizado el manejo de contingencias en el tratamiento para la reducción del consumo y abstinencia hacia distintas sustancias en ambientes ambulatorios obteniendo buenos resultados, en programas de mantenimiento con metadona para reducir el consumo de benzodiacepinas (Stitzer, Bigelow, Liebson y Hawthorne, 1982), reducción del consumo de cannabis, replicando de nuevo el estudio en otra muestra (Budney, Higgins, Delaney, Kent y Bickel, 1991; Budney, Moore, Rocha y Higgins, 2006), en la reducción del consumo de nicotina (Stitzer y Bigelow, 1982) donde la correlación entre el nivel de CO espirado de aire y el número de cigarrillos durante el día fue de 0,67 ($p<0,01$), que entre el CO y el tiempo desde el último cigarrillo fue -0,59 ($p<0,05$), concluyendo que la variable CO de aire espirado es apropiada para la intervención de refuerzo contingente y objetiva, que refleja la tasa y patrón de consumo de fumar en los sujetos. También se ha demostrado eficaz en tratamientos cortos en la reducción del consumo de opiáceos y cocaína en comparación con el grupo estándar (42% frente a 15%) con incentivos como el pago de la renta de la residencia, actividades recreativas y entrenamiento de búsqueda de empleo. El grupo de MC, mayor número de días de empleo y cantidad de dinero ganado legalmente. Al seguimiento de 12 meses los avances se invierten, el grupo estándar se iguala en abstinencia, superando a los del MC en controles de orina negativos para heroína y cocaína (Gruber, Chutuape y Stitzer, 2000; Jones, Wong, Tuten y Stitzer, 2005; Katz, Gruber, Chutuape y Stitzer, 2001) donde a los tres meses seguían mostrando una reducción significativa en el consumo de ambas sustancias (Katz et al., 2001). También se ha utilizado en el seguimiento de programas de metadona (Hartz, et al., 1999; Jones, Haug, Stitzer y Svikis, 2000; Piotrowski et al., 1999; Silverman et al., 1996; Svikis, Lee, Haug y Stitzer, 1997). Cabe señalar estudios realizados en mujeres embarazadas consumidoras (Kirby, Amass y McLellan, 1999) e incluso con enfermedades crónicas graves (Shaner, et al., 1997). En cuanto al alcohol, existe menor número de estudios por las limitaciones tecnológicas para verificar la abstinencia (Stitzer y Petry, 2006), no obstante, también se han conseguido buenos resultados aunque algunos investigadores los definen como tratamientos que se hallan en fase experimental (Guardia, Jiménez, Pascual, Flórez y Contel, 2007).

El manejo de contingencias, ha recibido críticas por el nivel de los costes relacionados con los incentivos y el manejo de este tipo de protocolos, por lo que se ha utilizado más en situaciones experimentales y menos en naturales (Petry y Simcic,

2002). En nuestro país existen estudios de aplicación del Programa de Reforzamiento comunitario más Terapia de incentivos en consumidores de cocaína con buenos resultados (Sánchez-Hervás, Zacarés, Secades, García, Santoja y Fernández, 2008; Secades-Villa, García, Higgins, Fernández y Carballo, 2007 y 2008),

En la siguiente Figura 5.10, se muestran algunas de las investigaciones realizadas.

Figura 5.10. Estudios de eficacia en Manejo de contingencias (MC)

Autor/Año	Resultados encontrados
<p>Higgins et al. (1991, 1993); Higgins et al. (1994); Higgins et al. (1995); Higgins, Badger y Budney, (2000); Higgins, Wong, Badger, Ogden y Dantona, (2000).</p> <p>García-Rodríguez et al. (2007); Secades et al. (2007); Secades et al. (2008).</p> <p>Sánchez-Hervás et al. (2008)</p>	<p>En cocaína, han utilizado el Programa de Reforzamiento Comunitario (Entrenamiento en habilidades + prevención de recaídas + terapia familiar conductual) más terapia de incentivo (<i>CRA + Vouchers</i>) mediante ciertos reforzadores alcanzan los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento y en abstinencia.</p> <p>Utilizan este programa multicomponente en individuos cocainómanos pero adaptándolo a contextos naturales.</p> <p>Seguimiento a seis meses del 40% de abstinencia continuada utilizando el programa de Reforzamiento comunitario y terapia de incentivos en comparación con un tratamiento cognitivo-conductual de 21%.</p> <p>Estudio cuasiexperimental, la tasa de retención a los tres y seis meses alcanzada fue de 73,1% y 61,5% respectivamente.</p>
<p>Petry, Martin, Cooney y Kranzler (2000); Petry, Tedford y Martín (2001).</p>	<p>Programa ambulatorio, MC incrementa la eficacia de un programa estándar tanto en la adhesión a la terapia como en las tasas de recaídas (31% MC frente al 61% en el tratamiento estándar).</p>
<p>Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson (2000).</p>	<p>Metaanálisis (30 estudios) que utilizaban diferentes tipos de reforzadores efectivo para reducir el uso de drogas en programas externos de mantenimiento con metadona.</p>
<p>Silverman, Svikis, Robles, Stitzer y Bigelow (2001); Silverman, Svikis, Wong, Hampton, Stitzer y Bigelow, (2002).</p>	<p>En policonsumidores, utilidad de los resultados a largo plazo con el programa <i>Therapeutic Workplace</i> que utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia (de cocaína y heroína) y conductas de participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras “conductas profesionales”).</p>
<p>Johansson, Berglund y Lindgren (2006).</p>	<p>Mediante metaanálisis concluyen que el uso de incentivos incrementa la retención y el uso de naltrexona, y reduce significativamente el número de analíticas positivas.</p>

Autor/Año	Resultados encontrados
Lussier, Heil, Mongeon, Badger y Higgins (2006).	Revisan 30 estudios publicados entre 1991 y 2004 y encuentran un tamaño medio de efecto de 0.32 donde el efecto posee una relación directa con la contigüidad temporal y el valor monetario de los incentivos (basado en <i>vouchers</i> o en premios).
Van den Brink y Haasen (2006).	MC + naltrexona: mejoras significativas en la retención del tratamiento, el uso de naltrexona y en el consumo de heroína
Prendergast, Podus, finney, Greenwell y Roll (2006).	En un meta-análisis realizado entre 1970-2002, encuentran un tamaño de efecto mediano ($d=0,42$) utilizando un modelo de efecto fijo, aunque fue disminuyendo con el tiempo. Este sistema era más eficaz en la reducción de opiáceos ($d = 0,65$) y cocaína ($d=0,66$), en comparación con polisustancias ($d = 0,42$) y el tabaco ($d = 0,31$). Los tamaños más elevados se asocian a tratamientos más cortos en el tiempo.

MC= Manejo de contingencias

• Terapia Cognitivo-Conductual (TGc)

Los individuos presentan patrones cognitivos de pensamiento estables mediante los que conceptualiza de forma idiosincrásica la experiencia del entorno. Estos patrones cognitivos se desencadenan en multitud de situaciones, en concreto en las situaciones de riesgo para el drogodependiente. Dentro del plan de tratamiento, el objetivo es modificar ciertos pensamientos o creencias distorsionadas que pueden generar cierto malestar y llevar al individuo a consumir, y modificarlos por otros pensamientos o creencias más funcionales que ayuden al paciente a tener un pensamiento más positivo y mejora de la calidad de vida.

Las técnicas cognitivas más utilizadas en el contexto clínico son la detección de pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia acerca de la validez de los pensamientos automáticos, plantear hipótesis acerca de los pensamientos automáticos, retribución y descatastrofización de los mismos, etc. De entre las técnicas conductuales destacan la exposición en vivo, programación de actividades incompatibles o de distracción, asignación de tareas graduadas, escala de dominio y entrenamiento en asertividad y relajación entre otras.

Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2012) en una revisión mediante meta-análisis para examinar la eficacia de la TGC, para el trastorno de uso de sustancias hallaron que para la reducción del cannabis existe alta evidencia al respecto comparando un programa de multis sesiones frente a un programa más breve, obteniendo menores

tasas de abandono en comparación con las condiciones del grupo control (Dutra et al, 2008) la magnitud del efecto de la TGC era pequeña en comparación con otras intervenciones psicosociales como el manejo de contingencias, prevención de recaídas y enfoques motivacionales para la dependencia de sustancias, y los tratamientos agonistas mostraron una mayor tamaño del efecto de la TGC en determinadas dependencias de drogas, tales como opiáceos y dependencia del alcohol (Powers, Vedel y Emmelkamp, 2008). En la siguiente Figura 5.11, se muestran otros estudios realizados en este ámbito.

Figura 5.11. Estudios de eficacia en Terapia Cognitivo-conductual (TGC)

Autor/Año	Resultados encontrados
Miller, Andrews, Wilbourne y Bennett (1998).	Concluyen que la eficacia de este abordaje terapéutico es superior al del no tratamiento.
Scott, Gilvarry y Farrell (1998).	La aplicación de algunos elementos de la TGC pero sin atenerse rígidamente a ninguno de ellos. Los elementos comunes serían: modelo conceptual comprensible del problema, terapia planificada y aplicación estructurada, los planes presentan una secuencia lógica, se fomenta el uso autónomo de habilidades de cambio, el cambio se atribuye al paciente y el paciente alcanza un gran sentido de autoeficacia.
Crits-Christoph et al. (1999).	No encuentran mayor efectividad que la mostrada por otras modalidades menos estructuradas de intervención, como la terapia expresiva de soporte o los grupos de consejo profesional
Burtscheidt et al. (2001); Burtscheidt et al. (2002).	Asignan aleatoriamente a 120 sujetos con adicción al alcohol a tres grupos de tratamiento: terapia inespecífica de soporte y dos modalidades de terapia cognitivo-conductual (entrenamiento en habilidades de afrontamiento y terapia cognitiva). En el seguimiento a 6 meses observaron que ambos enfoques cognitivo-conductuales obtenían mejores resultados que la terapia inespecífica de soporte, pero que no se observaban diferencias significativas entre ambos. En el seguimiento a los dos años, los resultados se mantenían pero observaron que los beneficios de la terapia cognitivo conductual, en sus dos modalidades, eran significativamente menores en sujetos con trastornos de la personalidad severos.

Autor/Año	Resultados encontrados
Hajek, Stead, West y Jarvis (2005).	Revisan las intervenciones específicas para la prevención de reincidencia de exfumadores donde señalan la importancia de conocer los elementos clave que dan cuenta del éxito de cada uno de ellos, pero la evidencia disponible no apoya el uso de ningún componente específico por encima de los demás.
Magill y Ray (2009)	Realizan un meta-análisis donde examinan 53 ensayos controlados de tratamiento cognitivo-conductual (TGC) para individuos con trastornos por consumo de alcohol y drogas. La superioridad de la TGC produjo una pequeña pero estadísticamente significativa del efecto del tratamiento ($g = 0,154, p < 0,005$). El efecto agrupado fue algo inferior a los 6-9 meses ($g = 0,115, p < 0,005$) y continuó disminuyendo a los 12 meses de seguimiento ($g = 0,096, p < 0,05$). El efecto de la TGC era más grande en los estudios de marihuana ($g = 0,513, p < 0,005$) y en los estudios con un control sin tratamiento como la condición de comparación ($g = 0,796, p < 0,005$).

TGC= Terapia cognitivo-conductual

En definitiva, aunque la TGC por sí sola no se muestre superior claramente a otras intervenciones, esta aproximación se encuentra de base donde se soportan otras como prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades, etc. lo que sugiere que las intervenciones en drogodependencias deberían aunar distintos componentes para maximizar la eficacia.

● Modelos multicomponentes

El tratamiento multicomponente implica intervenciones de uno o varios profesionales clínicos dirigidas hacia los sujetos que realizan el tratamiento. Se utilizan básicamente procedimientos cognitivo-conductuales. El modelo Matrix que surge a partir de los años 80 con el objetivo de intervenir en la adicción a la cocaína, en un principio era denominado como modelo neurobiológico, haciéndose más complejo hasta el modelo actual (Obert et al., 2000) que es considerado como un modelo multicomponente que cuenta con un programa estructurado de corte cognitivo-conductual junto a un enfoque motivacional, con una combinación de elementos tipo prevención de recaídas, terapia familiar y grupal, así como la psicoeducación en drogas

y participación en actividades de autoayuda que persigue la abstinencia del drogodependiente (Rawson et al., 1995), y donde tiene cabida la adopción de la intervención en trastornos mentales crónicos. De hecho, el NIDA (2001,2009) recomienda tratamientos psicológicos, entre ellos el modelo Matrix para el tratamiento de drogas al ofrecer una combinación de terapias psicológicas con probada efectividad y por ser un modelo que ha sido validado en múltiples ocasiones (Rawson 1995, 2004). En esta línea, las comunidades terapéuticas también se incluirían dentro de los modelos multicomponentes.

En la Figura 5.12, se muestran algunos estudios sobre la eficacia de estos modelos.

Figura 5.12. Estudios de eficacia en Modelos multicomponentes

Autor/Año	Resultados encontrados
Rawson et al. (1995);	Aplicaron inicialmente el modelo MATRIX para consumidores de estimulantes demostrando su efectividad en el tratamiento de sustancias adictivas, incluyendo terapia cognitivo-conductual y grupal, consiguiendo mejoras en los indicadores psicopatológicos, aumento de la retención al tratamiento en un 38% con respecto a otros tratamientos y un 31% las probabilidades de dar resultados negativos en los test de orina.
Greenwood, Woods, Gurdish y Bein (2001).	Comparan una muestra que sigue tratamiento ambulatorio con respecto a residencial encontrando mejores resultados para el grupo de tratamiento residencial a los seis meses (OR =3,06, $p < 0.001$) aunque sin diferencias significativas a los 12 y 18 meses tras la admisión a tratamiento. Algunas variables fueron predictoras de recaídas como el tipo de jornada de empleo (jornada parcial OR= 17.47, $p < 0.001$; jornada completa OR= 2.54, $p < 0.001$), historia de consumo por vía inyectada (OR = 5.39, $p < 0.01$), conducta sexual promiscua (OR = 1.16, $p < 0.01$) y tener pareja homosexual (OR = 0.05, $p < 0.03$) durante los 6 meses previos a la admisión a tratamiento. En el estudio se concluye que este tratamiento es más efectivo de cara a los primeros meses de tratamiento, por su menor nivel de recaídas y abandonos de tratamiento.
Smith, Gates y Foxcroft (2006).	Un modelo multicomponente debe considerarse también como el tratamiento residencial en comunidad terapéutica, no obstante, no hay pruebas suficientes para establecer si son más efectivas para la reducción del consumo de drogas y las medidas de resultado sociales y sanitarias asociadas con el consumo de drogas en , comparación con un tratamiento alternativo.

Autor/Año	Resultados encontrados
Martí, Carballo, Cárcelos, García, Gómez (2012)	Basado en un modelo MATRIX, realizan un estudio pospectivo preexperimental pre-post sin grupo control en un centro público con consumidores de cocaína al que aplicaron un tratamiento de corte cognitivo-conductual y con formato grupal de una duración de tres meses, consiguiendo una retención superior a otros estudios (Rawson et al., 1995, 2004) así como la disminución de los criterios de dependencia, deseos de consumo y aumento en la calidad de vida con diferencias significativas en los dominios relativos a salud física y psicológica

• Comunidades terapéuticas (CT)

Las comunidades terapéuticas tradicionales son recursos residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. La convivencia, la cooperación y los procesos o dinámicas grupales son elementos clave en este tipo de dispositivos.

Desde sus inicios, las comunidades terapéuticas han realizado un esfuerzo por adaptarse a los cambios y perfiles de drogodependientes, situándose como un recurso de tercer nivel asistencial y de intervención dentro del circuito o red terapéutica de Salud Mental y Drogodependencias. En las comunidades terapéuticas se llevan a cabo intervenciones a medio-largo plazo donde se realizan un bordaje intensivo y global persiguiendo la deshabituación y rehabilitación del drogodependiente.

En los últimos años las comunidades terapéuticas se han ido modificando en cuanto a estructura e intensidad en la intervención en comparación del modelo más tradicional (DeLeon, 1993; DeLeon, Wexler y Jainchill, 1982), adaptándose a la población o perfil del drogodependiente con trastornos comórbidos. asociados (Sacks et al. 2008), contando con profesionales con mayor y más específica formación al respecto, utilizando un modelo de intervención integral de menor confrontación, mayor flexibilidad en las distintas fases del tratamiento y mayor individualización en los planos de tratamiento, ajustándose a las necesidades del paciente dotándose de mayor sensibilidad a las diferencias individuales con la intención de maximizar las oportunidades de mejora donde el cambio es entendido como un proceso gradual por etapas, haciendo hincapié en un mayor autogobierno y responsabilización de rutinas y aprendizaje de habilidades, así como la promoción de valores sociales y calidad de vida de cara a sostener la recuperación, donde no solo se tienen en cuenta los problemas de

sustancias adictivas, sino su comorbilidad con otros trastornos, son la denominadas comunidades terapéuticas modificadas (CTM).

Fiestas y Ponce (2012) realizan una revisión sistemática en relación a la eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de los problemas por consumo de sustancias encontrando dificultades en el agrupamiento de estudios en el análisis debido a la existencia de heterogeneidad entre los mismos, así como de pocos trabajos realizados con metodología experimental que evalúen la eficacia del tratamiento. En general, estos autores informan de un efecto positivo a los seis meses de seguimiento, no obstante aunque se presenta como una buena estrategia terapéutica, no parece mostrarse superior a otras posibilidades terapéuticas más sencillas o ambulatorias, lo que parece ser congruente con otros estudios previos (Smith, Gates y Foxcroft, 2006) aunque sí se muestra superior al no tratamiento.

En cuanto a las CTM existen autores que se han preocupado por la eficacia de las mismas a la hora de valorar el tipo de intervención realizado. Sack y colaboradores (2008, 2010) en un meta-análisis comparan varios estudios realizados en CTM encontrando que los resultados son significativamente mejores para las CTM en relación a las CT tradicionales en un 23,1% (12 de 52), no obstante los resultados no fueron evidentes para todas las variables estudiadas en todos los estudios, y las que fueron relevantes variaban de un estudio a otro. En el estudio se revisan tres poblaciones personas sin hogar o “sin techo”, delincuentes y pacientes ambulatorios. En la población de personas sin hogar se distribuyen en dos condiciones, programa de severidad moderada y baja, y lo comparan con un grupo control en tratamiento habitual, las entrevistas de seguimiento se realizaron a los doce meses de finalización del programa. Se evidenciaron mejoras de las medidas de consumo de sustancias, estabilización y mejora de la salud mental, nivel de delincuencia, el riesgo de VIH, empleo y vivienda con magnitudes de efecto desde 0,40 (empleo) a 0,68 (salud mental). A pesar de los resultados positivos hallados, añaden que es necesario aumentar la investigación en este tema, así como ser esencial un seguimiento posterior debido a la sensibilidad a la desestabilización de los trastornos concurrentes al consumo de sustancias (Staines, McKendrick, Perlis, Sacks, y De León, 1999) se encuentran reducciones en niveles y reinfección de VIH, en el relativo a una muestra de delincuentes (Sacks, Sacks, McKendrick, Banks, y Stommel, 2004) se obtienen menores niveles de gravedad en el consumo de sustancias, actividades delictivas, y mejoras en el empleo. En el tercer

estudio (Sacks, McKendrick, Sacks, Banks, y Harle, 2008) en modalidad de pacientes ambulatorios se obtienen mejoras en salud mental y vivienda.

En la Figura 5.13, se especifican estudios realizados en este ámbito.

Figura 5.13. Estudios de eficacia en Comunidades terapéuticas (CT)

Autor/Año	Resultados encontrados
DeLeon, Wexler y Jainchill (1982); DeLeon (1993).	Estudios de programas Daytop Village y Phoenix House en EEUU, concluyen que el abandono prematuro conduce a una recaída y que la permanencia en el programa es el predictor más consistente del éxito del tratamiento.
Hser, Anglin y Fletcher (1998).	En DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Studies), atendiendo a las diferentes modalidades del tratamiento, se encontró que las CT estaban entre las más eficaces, con un promedio del 72% de reducción en el consumo de heroína al año de seguimiento y del 70% en el consumo de cocaína.
Broekaert, Raes, Kaplan y Coletti (1999).	La duración de la estancia es el mejor predictor de éxito. Sin embargo, en torno al 30% de los que ingresan abandonaban durante el primer año de tratamiento
Uchtenhagen y Zimmer-Höfler(1987); Berglund et al. (1991); Broekaert et al. (1999); Nemes, Wish y Messina (1999); Messina, Wish y Nemes (2000).	Entre el 25% y el 50% de los pacientes permanecen abstinentes al año de seguimiento. Esta cifra se eleva hasta el 90% si solo se tienen en cuenta los sujetos que finalizan n el programa.
Fernández-Hermida, Secades Villa, Fernández Ludeña y Marina (2002).	Las tasas de recaídas de los sujetos que habían abandonado (63%) fue significativamente mayor que los sujetos del grupo de alta del programa (10.3%). Existe relación entre el tiempo de estancia en tratamiento y la probabilidad de recaída. Los pacientes que continúan y finalizan el programa se encontraban en una mejor situación familiar, judicial y laboral, en comparación al pre-tratamiento.
Hubbard, Craddock y Anderson (2003).	Los resultados del DATOS norteamericano a los cinco años de seguimiento muestran reducciones del 50% o más entre los pacientes tratados en los programas de metadona, en los programas ambulatorios libres de droga y en las CT. Se obtuvo una reducción del 50% en las actividades ilegales y un incremento del 10% en el empleo a tiempo completo. Las ganancias potenciales en las variables que se valoran dependen de un tiempo de exposición al tratamiento suficiente, que se situaba en torno a los seis meses para las CT.

Autor/Año	Resultados encontrados
Gossop, Marsden, Stewart y Treacy (2002); Gossop, Marsden, Stewart y Kidd (2003).	NTORS inglés (<i>The National Treatment Outcome Research Study</i>), tanto los pacientes de los programas de metadona, como de las CT mostraban una reducción significativa del consumo de heroína a los dos años de seguimiento. El consumo de otras sustancias (como benzodiacepinas y cocaína), y los problemas de ansiedad y depresión también se habían reducido significativamente. En ambos grupos también se encontraron mejorías en términos de reducción de conductas de riesgo (consumo inyectado e intercambio de jeringuillas). En un estudio posterior de seguimiento a los 4 y 5 años, los resultados en las tasas de abstinencia se mantenían.
Prendegast, Hall, Wexler, Melnick y Cao (2004)	Muestra compuesta por consumidores de sustancias (95% cocaína/crack/metanfetaminas) y comorbilidad asociada (51.5% Trastorno de personalidad antisocial, 17.2% fobias, 14.5% PTSD, 10.1% depresión y 6.9% distimia). Evalúan un programa de CT en prisión frente al no tratamiento encontrando un efecto de reducción de la tasa de reincarceración a los cinco años (83,3% frente a 75,7% respectivamente) con un tamaño de efecto pequeño de 0,19 (IC 95%: 0,02-0,36) con un efecto marginal ($p=0,02$). Sin diferencias en ambos grupos en la tasa de empleo ni consumo de drogas ($p>0,05$). Analizaron el seguimiento a los 5 años del estudio de Wexler et al., (Wexler, De Leon et al. 1999), donde se comparó el Programa de Comunidad Terapéutica en prisión Amity versus ningún tratamiento. Los presos que estaban a menos de 9 meses de su liberación fueron asignados de forma no aleatoria al grupo control, que no recibió tratamiento. Una vez terminado el tratamiento y la sentencia, se les invitaba a participar en una comunidad terapéutica fuera de prisión por hasta un año.
Teesson et al. (2006).	ATOS (<i>Australian Treatment Outcome Study</i>) australiano, encuentra que al año de seguimiento mostraron que el 63% de los pacientes de las CT permanecían abstinentes, el promedio de días de consumo de heroína en el último mes era de 4,1 y solo el 2,8% eran policonsumidores. La dosis de tratamiento era el mejor predictor de los resultados. El tiempo de tratamiento promedio en las CT fue de 78 días (la cuarta parte que en los programas de metadona).
Arias, Ramos, Red Madrileña de Investigación sobre Cannabis, y Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (2008).	CT presentan dificultades en emplear los mismos modelos sociales o psicológicos de tratamiento, y en la homogeneidad en los procedimientos terapéuticos utilizados ni en los métodos y parámetros (variables objeto de análisis, períodos de seguimiento, tipo de grupo control, etc.).

Autor/Año	Resultados encontrados
Sullivan et al., (2007)	Evaluó a presos de sexo masculino que presentaban abuso de sustancias (34.5% marihuana, 32% alcohol, 21% cocaína) y trastornos mentales coexistentes (78% Trastorno del Eje I, 37% trastorno de personalidad antisocial, 90% trastorno de abuso de sustancias) asignados aleatoriamente a dos tipos de programas: comunidad terapéutica modificada o a un programa de tratamiento de salud mental, con una duración de 12 meses.
Fernández et al. (2008).	CT es una modalidad de tratamiento de carácter residencial, muy estructurado y con límites precisos, que tiene como objetivo principal el cambio global en el estilo de vida del individuo (abstinencia de drogas, eliminación de la conducta antisocial, mejora de la situación de empleo e incremento de valores y actitudes prosociales). Los cambios se ponen a prueba en las salidas programadas, que sirven de verificación, feedback y reforzamiento de los progresos adquiridos a lo largo del proceso de recuperación
Sack, 2008; Sacks, McKendrick, Sacks y Cleland (2010).	Muestra de adultos que ingresaban a un programa de tratamiento de día para abuso de drogas, con historia de trastornos de consumo de sustancias (60% cocaína, 15% alcohol, 14% heroína/opiáceos) que presentaban además psicopatología asociada (54.5% problemas emocionales, 75% perturbaciones por recuerdos del pasado, 79% problemas de atención o control del comportamiento), fueron asignados de forma aleatoria a uno de dos programas, o al programa modificado de comunidad terapéutica o al programa básico.
Messina, Grella, Cartier y Torres (2010).	Estudio con muestra de mujeres que participaron en un tratamiento específico (CT específico para mujeres) con el fin de promover su crecimiento psicosocial y comportamiento prosocial, comparado con uno estándar (CT en prisión) 6 meses previo a la finalización de estancia en prisión. El 58% de la muestra era consumidora de metanfetaminas y el 19% de cocaína y donde el 79% presentaba historia de depresión y el 26% PTSD. No encontraron diferencias significativas en el nivel de consumo de sustancias ni reincarceramiento posterior en un seguimiento posterior al año (76% de la muestra total), aunque fue mayor el tiempo de permanencia en el tratamiento de seguimiento en las que habían participado en el tratamiento específico (2,6 del grupo de tratamiento específico frente a 1,8 meses del tratamiento estándar, $p=0,04$) así como en algunos otros indicadores como estado marital, empleo y situación de vivienda.

CT= Comunidad terapéutica

Los estudios multicéntricos realizados por instituciones oficiales, a los que se ha hecho referencia, el DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Studies*) norteamericano, NTORS inglés (*The National Treatment Outcome Research Study*) y ATOS australiano (*Australian Treatment Outcome Study*), tienen en común que analizan resultados de diferentes modalidades de tratamiento, incluyen un elevado número de sujetos y realizan seguimientos de hasta 5 años después del tratamiento.

- **Otros enfoques terapéuticos**

A continuación se muestran otros estudios con distintos enfoques terapéuticos a los mencionados (Figura 5.14).

Figura 5.14. Comparación con otros enfoques terapéuticos

Autor/Año	Resultados encontrados
Maude-Griffin, Hohenstein, Humfeet, Reilly, Tusel y Hall, (1998).	Comparan la TGC y el formato de 12 pasos, y evalúan al inicio del estudio y en las semanas 4, 8, 12 y 26 del programa. Concluyen que la TGC se muestra superior a otras modalidades en el tratamiento de la adicción a cocaína
Miller y Wilbourne (2002).	Entre los tratamientos psicosociales los que más eficacia ha mostrado, han sido las intervenciones breves y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
Dutra et al. (2008).	Comparan el manejo de contingencias, prevención de recaídas, la terapia cognitiva general, y los tratamientos que combinaban la terapia cognitiva y manejo de contingencias. La terapia cognitivo-conductual demostró su eficacia, mayor para consumidores de cannabis y menor para policonsumidores, aunque fue superada por el manejo de contingencias.
Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht y Preston (2003).	Comparan el manejo de contingencias y la terapia cognitivo conductual, el MC ofrece resultados superiores al inicio del tratamiento, pero a los 3 meses es superado por TGC; en el postratamiento, ambas técnicas combinadas ofrecen beneficios adicionales.
Carroll, Rounsaville, Gordon, Nich, Jatlow, Bisighini, et al. (1994); Carroll, Nich, Ball, McCance-Katz y Rounsaville, (1998).	La prevención de recaídas obtuvo mejores resultados con los pacientes con mayor severidad de adicción que la desipramina, así como con los pacientes con mayores niveles de depresión.

TGC= Terapia Cognitivo-conductual; MC= Manejo de contingencias.

A partir de las distintas investigaciones, los resultados se muestran desiguales aunque la tendencia es notable efectividad de la terapia cognitiva-conductual en diversos contextos terapéuticos y con distintos trastornos adictivos. Es imprescindible, prestar atención a otras variables clave como el mantenimiento de los logros alcanzados a lo largo del tiempo (reducción de episodios de consumo, mantenimiento de los PMM, disminución de actos delictivos, mejora de la salud, etc.), así como la proporción entre el tiempo de tratamiento y logros alcanzados.

• Formato individual vs. Grupal

Un tema también de interés ha sido el estudiar la modalidad de tratamiento que resulta más eficaz en drogodependencias, la modalidad individual y grupal. Weiss, Jaffee, Menil y Cogley (2004) realizan una revisión al respecto concluyendo que una modalidad no parece mostrarse superior a otra, no obstante, introducir una terapia de grupo especializada al tratamiento usual puede dar una mayor efectividad en los resultados, además las pocas diferencias son encontradas a favor del enfoque grupal aunque sin hablar de ningún tipo específico (Figura 5.15).

Figura 5.15. Formato individual vs. Grupal

Autor/Año	Resultados encontrados
Graham, Annis, Brett y Veneso (1996).	Sin diferencias significativas entre la aplicación individual o grupal de un tratamiento de prevención de recaídas a la hora de reducir el consumo de alcohol ($d=0,14$).
Linehan et al (1999); Linehan et al. (2002).	Combinan terapia dialectica de conducta combinando format grupal e individual comparándolo con terapia individual solo, mostrándose la combinación de ambas superior a la hora de reducir el consume a los 4 y 16 meses de seguimiento ($d = 1.03$).
Stephens, Roffman y Curtin (2000).	No diferencias significativas entre el grupo de prevención de recaídas (más extendida en el tiempo) y grupo de entrevista motivacional corta, aunque en ambos las mejorías son dignificativas y superior a la lista de espera a la hora de reducir el consumo de cannabis a los 4 meses de seguimiento ($d=1,01$ y $0,85$ respectivamente).
Weiss, Griffin y Greenfield (2000).	El grupo de terapia mostró superioridad al tratamiento habitual en la reducción de variables de consumo en el seguimiento (ASI; McLellan, Luborsky y Woody, 1980) al tratamiento usual.

Autor/Año	Resultados encontrados
Coviello et al. (2001).	Intentan establecer diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento en cocainómanos en función de la intensidad del tratamiento. Medidos a través del instrumento ASI (McLellan et al., 1980) muestran mejoras significativas aunque sin diferencias entre ambos grupos estudiados conforme a la intensidad de la intervención.
Marques y Formigoni (2001).	No se han encontrado diferencias entre la aplicación individual y grupal de entrenamiento en habilidades de afrontamiento en adictos a alcohol y otras drogas, ambas modalidades se muestran eficaces ($d=0,25$).
Stead y Lancaster (2005).	No todos los fumadores que intentan dejar de fumar quieren el formato grupal pero para los que sí lo desean y acuden, es eficaz.
Pereiro, Becoña, Córdoba, Martínez y Pinet (2008).	Encuentras diferencias significativas, la asistencia a programas de grupo para dejar de fumar ayuda a abandonar el hábito. Es más efectivo los programas grupales comparado con el aporte de materiales de autoayuda sin instrucción cara a cara o el apoyo grupal, además las probabilidades de abandonar el hábito llegan a ser más del doble. No está claro si los grupos son mejores que la orientación individual u otro asesoramiento, pero son más efectivos que ningún tratamiento.

• Duración del tratamiento

Otro elemento de interés es la duración del tratamiento estimada que sea la más reducida pero a la vez la más efectiva persiguiendo siempre el objetivo de las intervenciones óptimas. Pearson et al. (2011) en el meta-análisis realizado en el que someten a prueba los principios del NIDA, hablan de un tratamiento no inferior a 3 meses para que sea efectivo. Los estudios con mayor rigor experimental estimaron un $g=0.09$, mientras que los de más bajo rigor experimental estimaron un $g=-0.10$, pero los intervalos de confianza para esas subcategorías se superponen.

En el caso de las comunidades terapéuticas, la permanencia en el programa y por supuesto, su finalización del tratamiento es el predictor más consistente del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y

aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente.

Figura 5.16. Formato duración del tratamiento

Autor/Año	Resultados encontrados
Shoptaw, Rawson, McCann y Obert (1994).	Se ha encontrado una sólida relación entre “dosis de tratamiento” y abstinencia alcanzada con la aplicación del Modelo Matrix en adictos a estimulantes, los resultados indican un mayor tiempo de exposición a la terapia predice más tiempo de abstinencia y mayor persistencia en el tiempo.
Hoffman, Caudill, Koman, Luckey, Flynn y Mayo (1996).	El tiempo de exposición al tratamiento, independientemente de su carácter individual o grupal, es la variable que predice los resultados un año después, de modo que mayores tiempos de exposición predicen menor consumo a largo plazo, por lo que se recomienda prolongar los tratamientos o desarrollar dispositivos o intervenciones de soporte postratamiento o de seguimiento.
Rosenblum, Magura, Palij, Foote, Handelsman y Stimmel (1999).	La TGC intensiva durante 6 meses se ha mostrado eficaz en dependientes de cocaína, aunque la eficacia no es lineal, sino producto de la interacción entre características del paciente y elementos de la terapia.
Baker, Boggs y Lewin (2001).	La TGC breve (2-4 sesiones) ha mostrado eficacia en la probabilidad de alcanzar abstinencia en el consumo.
Copeland, Swift, Roffman y Stephens (2001).	La TGC (1-6 sesiones) ha mostrado su eficacia en consumidores de cannabis en tratamiento sobre grupo control en lista de espera.
Moyer, Finney, Swearingen y Vergun (2002).	Las intervenciones breves son más eficaces en los bebedores menos severos pero existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por intervenciones breves y los de intervenciones más extensas en bebedores más severos que no buscan tratamiento.
Baker, et al. (2005).	La TGC breve sirve para el avance en los estadios de cambio, uso de benzodiazepinas, tabaco y otras drogas, conductas de riesgo (inyección), actividades criminales, malestar psicológico y depresión.
Scherbaum, et al. (2005).	La TGC en formato grupal se asocia con un menor consumo de sustancias en sujetos en programa de mantenimiento con metadona.
Diamond, Liddle, Wintersteen, Dennis, Godley y Tims (2006).	La alianza paciente-terapeuta, establecida desde las primeras sesiones, es mejor predictor de resultados que la modalidad de terapia o la duración de la TGC en jóvenes abusadores de cannabis.

TGC= Terapia Cognitivo-conductual

Añadir que aunque para algunos perfiles y ante ciertas situaciones o momentos son eficaces las intervenciones breves, los resultados muestran que un mayor tiempo de exposición a la Terapia Cognitivo-conductual se asocia a mejores resultados a largo plazo.

- **Duración de los efectos**

Una de las variables críticas en la interpretación de los resultados es, tras una intervención realizada, cuánto tiempo se prolongan los resultados alcanzados, lo que puede hacer inferir la efectividad de la intervención aplicada (Figura 5.17).

Figura 5.17. Duración de los efectos

Autor/Año	Resultados encontrados
Allsop, Saunders, Phillips y Carr (1997).	La prevención de recaídas en dependientes de alcohol se asociaba a corto plazo con mayores niveles de autoeficacia, mayor probabilidad de alcanzar la abstinencia total y mayor tiempo hasta la primera recaída, aunque a los 12 meses los logros se redujeron significativamente.
MTP Research Group (2004); Stephens, Roffman y Curtin (2000).	La TGC breve basada en el modelo de prevención de recaídas se mostró eficaz en el tratamiento de consumidores de cannabis y los resultados se extendieron más allá del tratamiento, superando en eficacia a la Entrevista Motivacional.
Stephens, Roffman y Curtin, (1994).	La TGC breve en el modelo de prevención de recaídas no se mostró superior al tratamiento grupal de soporte a los 12 meses.
Irvin et al. (1999).	La prevención de recaídas se ha mostrado especialmente eficaz en consumidores de alcohol o policonsumidores cuando se combina con farmacoterapia y cuando se mide inmediatamente después de la finalización del tratamiento.
Higgins, Badger y Budney, (2000).	Los resultados de los programas de MC (en concreto los incentivos de bienes y servicios tras analíticas negativas de orina), han mostrado que la abstinencia a drogas se mantiene una vez se eliminan los incentivos, siendo la retención y la abstinencia presentada en las primeras semanas de tratamiento, los mejores predictores de la abstinencia a largo plazo.
Sánchez et al. (2011).	Retención del 84% y abstinencia mantenida tras tres meses de aplicación de un programa ambulatorio grupal combinando la TGC+ EM.

MC= Manejo de contingencias; TGC= Terapia Cognitivo-conductual; EM= Entrevista motivacional.

Los resultados se muestran dispares aunque la tendencia apunta a seguir la “curva de aprendizaje” donde la efectividad de los tratamientos se relaciona con el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento trabajadas, siendo máxima en los primeros momentos del tratamiento y posteriormente va decayendo conforme se disuelve la relación terapéutica. La efectividad se relacionaría inversamente con la pendiente de la curva en la fase de recaída (Waldron y Kaminer, 2004).

- **Tratamientos combinados**

Con respecto a los tratamientos combinados, el NIDA (1999, 2009) recomienda la utilización de las terapias psicológicas en combinación con los tratamientos farmacológicos, formando parte del modelo de tratamiento en el que se realiza el abordaje global de los problemas que presenta una persona con problemas de dependencia. Su fundamentación se centra en el potencial de su complementariedad y en su capacidad para producir efectos acumulativos. Los objetivos de la terapia farmacológica estarían centrados en la desintoxicación, síntomas específicos, estabilización y mantenimiento y tratamiento de los trastornos concomitantes. La terapia psicológica abarca los objetivos de motivación al tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias de refuerzo, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo al tratamiento farmacológico (Fernández et al., 2008).

Los enfoques combinados donde se armonizan diversos tratamientos suele ser la estrategia más adecuada en los tratamientos de corte fundamentalmente farmacológicos donde se suele incluir elementos de la psicoterapia para facilitar el mantenimiento en el tratamiento e incluso la adherencia al tratamiento farmacológico, así como para los problemas asociados que puedan estar presentes en las personas dependientes de sustancias (Carroll, 2004).

Para la aplicación de los tratamientos combinados se considera imprescindible los siguientes puntos:

- la combinación se realiza cuando sea más efectiva que la utilización aislada de los diferentes componentes

- la combinación de dos tratamientos debe realizarse desde el inicio de la terapia si se encuentra fundamentada en la investigación previa

- el criterio de 6 semanas de espera para la verificación del efecto de los antidepresivos es válido también para la actuación de la terapia psicológica

-el paciente debe participar de la toma de decisiones y ser consciente de que el terapeuta conoce las ventajas y el orden adecuado de la combinación propuesta

-en el caso de que dos terapeutas emitan mensajes contradictorios del paciente, debe considerarse de forma primordial la viabilidad del tratamiento (Labrador, Echeburúa y Becoña 2000).

Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas (2013) realizan una revisión de la evidencia científica disponible en el período 2008-2012 en las intervenciones de eficacia demostrada en el tratamiento y la rehabilitación de los adolescentes y adultos que participan en el uso problemático de alcohol y otras sustancias y concluyen que las intervenciones combinadas de distintas disciplinas, que utilizan un enfoque cognitivo-conductual y la participación de personas cercanas al consumidor, así como algunas de las intervenciones farmacológicas específicas, se ha demostrado que producen los mejores resultados en términos de indicadores de abstinencia y prevención de recaídas.

Figura 5.18. Eficacia en Tratamientos combinados

Autor/Año	Resultados encontrados
Otto, Pollack, Sachs, Reiter, Maltzer-Brody y Rosenbaum, (1993); Spiegel, Bruce, Gregg y Nuzzarello (1994).	La TGC demostró su eficacia en el tratamiento de la interrupción de farmacoterapia con benzodiacepinas en pacientes diagnosticados de trastorno de pánico.
Carroll et al. (1994).	Se comparaba farmacoterapia y psicoterapia e infería la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para distintos subtipos de consumidores de cocaína, afirmando la conveniencia del tratamiento combinado, como se ha confirmado en muchos otros estudios.
McKay, Alterman, Cacciola, Rutherford, O'Brien y Koppenhaver (1997).	La TGC individual combinada con disulfiram mostró mayor efectividad que su combinación con placebo, y superó a la terapia interpersonal en ambas condiciones.
Crits-Christoph et al. (1997).	La terapia familiar, la psicoterapia individual o la terapia de grupo una vez por semana más farmacoterapia tendería a ser insuficiente, y en cambio una frecuencia a partir de dos veces por semana, con o sin medicación, mejoraría el resultado.
Carroll et al. (1994); O'Malley et al. (1996).	Los pacientes que recibían naltrexona para sus problemas de alcohol, y además recibían terapia cognitivo conductual presentaban una mejoría que se mantenía una vez finalizado el tratamiento, en tanto que quienes habían recibido otras formas de terapia psicológica mostraban una progresiva reducción de los logros.

Autor/Año	Resultados encontrados
Karabanda, Anglin, Khalsa-Denison y Paredes (1999).	La psicoterapia ambulatoria intensiva combinada, más de una vez por semana, centrada en la estabilización de la abstinencia, sería el abordaje de elección en la dependencia a cocaína.
Waldron, Slesnick, Brody, Turner y Peterson (2001).	La terapia cognitivo-conductual es más eficaz en combinación con terapia familiar en adolescentes consumidores de drogas.
Rawson et al. (2002).	Estos datos han resultado muy similares cuando se han aplicado a sujetos consumidores de cocaína en mantenimiento con metadona.
Carroll, et al. (2000); Carroll et al. (2001)	Los efectos de TGC+disulfiram se mantienen en el tiempo, más allá del tratamiento.
Angelone, Bellini, DiBella y Catalano (1998); Anton et al. (1999, 2001); Kranzler et al. (1995); Johnson et al. (1996, 2000); Nunes, Rothenberg, Sullivan, Carpenter y Kleber (2006); O'Malley et al. (1996).	Diversos estudios han mostrado consistentemente que, en el tratamiento del alcoholismo, la combinación de terapia cognitivo conductual con fármacos como la naltrexona, diversos ISRS, rintanserín y ondansetrón resulta efectivo.
Amato et al. (2004).	<p>En una revisión de La Cochrane Plus encontró 77 estudios diferentes: ocho estudios cumplían con los criterios de admisión (ensayo clínico). Estos estudios consideraban efectivas cuatro intervenciones psicológicas diferentes (manejo de contingencias, reforzamiento comunitario, una forma de asesoramiento estructurado y psicoterapéutico, terapia familiar cognitivo-conductual) y dos tratamientos de desintoxicación con fármacos sustitutivos (metadona y buprenorfina). Esta combinación de tratamientos combinados obtuvo una mayor eficacia.</p> <p>Los tratamientos psicosociales administrados junto con los tratamientos de desintoxicación farmacológica (tratamientos con metadona y buprenorfina) resultan efectivos en el cumplimiento a lo largo del tratamiento, en la finalización y en los resultados durante el seguimiento.</p>
Stein, et al. (2004); Stein et al. (2005).	La terapia cognitivo-conductual combinada con fármacos se mostró eficaz en el tratamiento de adictos a drogas por vía inyectada y con criterios de depresión aunque sus efectos decaen tras la finalización del tratamiento.
Guardia (1996); Carroll (2004); Williams (2005).	En personas dependientes del alcohol la combinación de fármacos interdictores con procedimientos psicoterapéuticos completa el abordaje y favorece los cambios conductuales necesarios incrementando la motivación y la adhesión al tratamiento y reduce el número de días en los que el paciente ingiere alcohol.

Autor/Año	Resultados encontrados
Rawson et al. (2006).	La TGC produce también mejoras significativas en estos indicadores y no hay diferencias entre ambas en el mantenimiento de los logros a lo largo del tiempo. La combinación de ambas técnicas no produce resultados significativamente mejores, si bien los sujetos en el grupo combinado muestran mayor adherencia a la terapia cognitivo conductual que quienes sólo reciben esta modalidad.
Terán, Casete y Climent (2008).	El manejo de contingencias ha demostrado utilidad superior a la terapia cognitivo conductual en sujetos con dependencia de estimulantes (cocaína o metanfetamina), asociándose a mayores tasas de retención y menores niveles de consumo durante el periodo de estudio.

TGC= Terapia Cognitivo-conductual

• Nuevas direcciones

Es preciso continuar con el estudio, investigación y nuevas direcciones de los distintos clínicos e investigadores en el área de las drogodependencias. En este sentido, las terapias cognitivo-conductuales más recientes están apostando por el concepto de mindfulness adaptado a los programas de trastornos por consumos de sustancias. Dentro de la terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, se incluye la práctica e incorporación del mindfulness o conciencia plena aplicado al consumo de sustancias adictivas, haciendo referencia al momento presente, del aquí y ahora frente al soñar despierto (Vallejo, 2006; Hoppes, 2006).

Otra aproximación que cada vez es más popular es la Terapia cognitivo-dialéctica de Marsha Linehan (1993) para el Trastorno Límite de la personalidad y pacientes suicidas que va extendiéndose incluso al trabajo específico con drogodependientes. Consta de cuatro módulos (modalidad individual y grupal) donde se enseñan habilidades de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar, y efectividad interpersonal. Los resultados parecen apuntar a una buena utilidad clínica (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, kanter y Comois, 1999) además no debe excluirse a los pacientes con abuso de sustancias (como en otros programas) de la terapia dialéctica pues ambos diagnósticos suelen ir juntos, siendo una circunstancia derivada del trastorno de la personalidad (Verheul, Van den Bosch, Koeter, Ridder, Stijnen y Van den Brink, 2003). La terapia dialéctica parece incluso mostrarse como mostrado en

términos de eficacia a otras terapia combinadas (Linehan et al., 2002), no obstante, son necesarias numerosas investigaciones para seguir avanzando en esta dirección.

5.4.2. Clasificaciones de tipologías de pacientes en drogodependencias

El alcohol es uno de los problemas más importantes que presentan mayor gravedad en la sociedad actual. Considerada como una droga legal, es una de las que producen un mayor daño, su abuso produce graves efectos tanto en la salud física como mental, así como en el aspecto más social.

Distintos autores han intentado definir el alcoholismo, así como sus patrones e incluso tipologías. Las definiciones suelen ser demasiado amplias y ambiguas. Para Keller (1960) el alcoholismo sería una enfermedad crónica manifestada por el hábito de beber de forma repetida de tal forma que se produce que el bebedor perjudique su salud y su funcionamiento social y económico (Aragón y Miquel, 2008). En cambio, Jellinek (1960) habla del efecto dañino para el individuo causado por el uso de bebidas alcohólicas. La Organización Mundial de la Salud lo define en 1952 como “Alcohólicos son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol ha alcanzado un grado tal que presentan notables trastornos mentales o interferencias con su salud mental o física, con sus relaciones interpersonales y su funcionamiento social económico, o bien tienen signos claros de la tendencia a orientarse hacia tales síntomas. Es por eso, que tales personas requieren tratamiento”.

A nivel teórico, se han propuestos múltiples teorías e hipótesis acerca del desarrollo de la dependencia de alcohol, siendo las principales el desarrollo de la dependencia física y evitación del síndrome de la abstinencia, los mecanismos de recompensa, la hipótesis adaptativa y la predisposición genética.

En cuanto al curso evolutivo, se considera un trastorno progresivo de aparición de distintos síntomas, manifestaciones y complicaciones derivados de la ingesta excesiva y reiterada de alcohol. El consumo suele iniciarse en la adolescencia y va progresando hasta constituirse como un problema hacia la veintena de edad. En algunos individuos se desarrolla el proceso del alcoholismo más rápidamente que en otros.

Jellinek (1952) habla de cuatro fases caracterizadas por la presencia de un marcador o indicador que indica el comienzo de cada fase, siendo otros intentos los de Pokorny, Kanas y Overall (1981) al describir la historia natural del trastorno como con otras enfermedades en el entorno clínico.

La primera fase o fase prealcohólica, el consumo de alcohol progresa como forma social y con la funcionalidad de aliviar tensiones y estrés. El individuo necesita beber cada vez en mayor cantidad y con mayor frecuencia para obtener los efectos deseados.

La fase de alcoholismo temprano o segunda fase, comienzan a presentarse episodios cortos de amnesia o “*blackouts*” aunque existen individuos que no experimentan estos episodios. Comienzan a aparecer los síndromes de abstinencia y requiere ingerir alcohol de forma más temprana en el día, se desarrollan trastornos del sueño, y a afectar a su vida cotidiana acompañándose de preocupación y culpa, lo que le lleva a ocultar los episodios de ingesta mostrándose con una actitud defensiva y de negación ante los demás.

La tercera fase, definida como crucial, hace referencia a la pérdida de control del individuo, siendo esta fase en la que ha desarrollado la dependencia hacia el alcohol convirtiéndose en adicto a la sustancia, pudiendo alcanzar la intoxicación con cantidades menores de alcohol que en el pasado. Las consecuencias en las distintas esferas personales son evidentes, desintegración familiar, pérdidas de empleo, cambios de estado de ánimo junto a irritabilidad y hostilidad manifiesta. El deseo del individuo es dejarlo pero se le torna imposible. Pueden aparecer episodios de delirium tremens, depresiones, desesperación e intentos de suicidio.

La última fase, la fase crónica deriva en la derrota total frente al alcohol donde es imposible mantenerse ebrio de forma prolongada. En esta fase son evidentes las repercusiones físicas en el hígado y cerebro, produciéndose severa desnutrición, incluso comas etílicos y la muerte.

En adición a las anteriores fases, Jellinek (1960) propuso cinco patrones o tipos básicos del beber excesivo, denominándolas según el alfabeto griego: Alfa, Beta Gamma, Delta y Epsilon, considerando el tipo Gamma y Delta como los más comunes en nuestra sociedad. (Figura 5.19).

Figura 5.19. Tipología de bebedores según Jellinek

<i>Tipología de bebedores</i>	<i>Descripción</i>
Alfa	Bebe para hacer frente a problemas físicos o psicológicos, puede mantener la abstinencia por un período de tiempo prolongado. No es dependiente del alcohol físicamente, sino psicológicamente.
Beta	Bebedor ocasional, generalmente en situaciones sociales bebe una cantidad excesiva, pero mantiene el control. Puede mantener la abstinencia en el tiempo.
Gama	Se considera el alcohólico “clásico”. Embriaguez diaria, presentan dependencia física y síndrome de abstinencia. Presentan problemas físicos, psíquicos y sociales.
Delta	Conocido como bebedor excesivo regular. Existe dependiente e incapacidad de mantener la abstinencia. Necesita una cierta cantidad de alcohol diaria. Bebe por costumbre.
Épsilon	Denominado también bebedor periódico, bebe alcohol en exceso escalonadamente durante días o semanas.

Elaborado a partir de la clasificación de Jellinek (1960).

Alfonso-Fernández (1992) equipara su tipología y la referida por Jellinek, y clasifica los rasgos de los alcohólicos en tres tipos de bebedores: bebedor excesivo regular (Delta), bebedor alcoholómano (Gamma) y bebedor enfermo psíquico (Alfa). El tipo bebedor excesivo regular sería “aquel que ingiere a menudo, muchas veces cotidianamente, una cantidad de alcohol que encierra riesgos para la salud sin incurrir nunca o casi nunca en la embriaguez”. El Bebedor excesivo irregular o alcoholómano “se caracteriza por entregarse con una frecuencia irregular a la bebida alcohólica hasta no poder más por encontrarse en un estado de embriaguez”. Este autor en 1981 critica el tipo de alcoholismo Beta denominado por Jellinek, porque su delimitación es estrictamente sintomatológica” y no tiene independencia en el plano etiopatogénico”, al contrario que los otros cuatro tipos de alcoholismo definidos por Jellinek. Podrían pertenecer a esta especie de alcoholismo, según Alonso Fernández (1992) “aquellos bebedores que tratan de compensar con la ingestión de bebidas alcohólicas muy baratas el déficit de calorías de una dieta muy pobre, impuesta por razones económicas”. Por último, El Bebedor enfermo psíquico utilizaría el alcohol para mitigar o modificar los síntomas de su sufrimiento psíquico. El patrón de beber de este sujeto está supeditado,

pues, a la enfermedad psíquica subyacente: “sería un modo de beber mixto, alternante entre la moderación y la embriaguez” (Alonso-Fernández, 1992).

Alonso Fernández (1992) clasifica los rasgos diferenciales de los alcohólicos en tres tipos de bebedores: bebedor excesivo regular, bebedor alcoholómano y bebedor enfermo psíquico. Asimismo, establece una equiparación entre su tipología y la ya referida de Jellinek, de tal manera que el alcoholismo alfa sería equiparable con su enfermo psíquico, el alcoholismo beta con el bebedor alcoholizado, el alcoholismo con el bebedor alcoholómano, el alcoholismo delta con el bebedor excesivo regular y el alcoholismo epsilon con el bebedor episódico (enfermo psíquico o alcoholómano).

Figura 5.20. Comparación de ambas clasificaciones de bebedores

<i>Jenninek</i>	<i>Alfonso-Fernández</i>
Alfa	Bebedor enfermo psíquico
Beta	Bebedor alcoholizado
Gamma	Bebedor alcoholómano
Delta	Bebedor excesivo regular
Epsilon	Bebedor episódico (enfermo psíquico o alcoholómano)

Tomado de Alonso-Fernández, Matilla y Gómez (1979).

En relación a la predisposición genética, se han propuesto posibles causas del abuso y del desarrollo de la dependencia de alcohol, se apoya que una parte de la varianza del alcoholismo es explicada por factores genéticos donde aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno de alcohol si lo presenta un familiar. Son datos aportados de estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos, así como de estudios con familias adoptivas y biológicas de individuos alcohólicos.

En este sentido, Cloninger en 1987, propone un modelo de aprendizaje neurobiológico de la dependencia al alcohol, basado en un modelo biopsicosocial, donde distingue dos tipos fundamentales de alcohol-dependientes.

Este autor describe el alcoholismo *Tipo I* definido como “*limitado por el medio*” pues aparece si la predisposición genética se acompaña de exposición ambiental a la bebida, encontrándose una mayor dependencia psicológica con pérdida de control de la ingesta y sentimiento de culpabilidad donde predomina la evitación al dolor y la obtención de recompensa como características de personalidad. Están presentes rasgos pasivo-dependientes con inflexibilidad y conducta de espera (inhibición y autoprotección) sin interés por buscar lo novedoso, ni propensión a conductas de riesgo,

además presentan conductas de evitación de peligro o daño, preocupación por la opinión de los demás, necesidad y sentimientos de reconocimiento y recompensa. Este tipo presentaría episodios más o menos esporádicos de pérdida de control sobre el consumo y presenta un comienzo tardío en la ingesta de alcohol.

En cambio, el *Tipo II “masculino limitado”* es indiferente al contexto ambiental y está acompañado de conducta antisocial y comportamientos alcoholómanos de los padres y familiares próximos. Estos bebedores presentan mayor dificultad para lograr la abstinencia completa y son frecuentes sus conductas agresivas, siendo la característica de personalidad asociada la búsqueda de la novedad y de nuevas sensaciones siendo sus conductas más arriesgadas y temerarias. Este tipo respondería a un inicio temprano, de rápida evolución y con un mayor nivel de gravedad (Tabakoff y Hoffman, 1988) con mayor presencia de comorbilidad psicopatológica, asociado a conductas problemáticas y a problemas con la justicia (Sannibale y Hall, 1998).

Otros estudios hablan de patrones de EEG con una presencia mayor de ondas de alta frecuencia en hijos de alcohólicos al compararlos con grupos de control (Begleiter, Porjesz y Kissin, 1984). También se ha descrito la herencia de la tolerancia, con menor intensidad de la reacción ante el alcohol en hijos de alcohólicos, que suponen que algunos individuos pueden hacerse alcohólicos debido a la pobre estimación del grado de intoxicación que presentan, con más probabilidades de exceder los niveles normales de consumo (Adityanje y Murray, 1991).

Otra tipología destacada es la de Babor que tiene en cuenta la edad de inicio de los problemas relacionados con el alcohol, alteraciones psicopatológicas, problemas legales bajo los efectos del alcohol, etc.

Tipo A. Este tipo recibió su nombre en honor al rey griego Apolo. Corresponde a los individuos de inicio tardío y gravedad leve, con menos factores de riesgo familiares y antecedentes infantiles, escasos problemas o complicaciones relacionados con el alcohol a nivel físico, social y poca carga de síntomas psiquiátricos. Al mismo tiempo, posee un menor grado de dependencia, un número menor de tratamientos y un mejor pronóstico. Tiene similitud con el alcoholismo *tipo Delta* de Jellinek.

Tipo B. Recibió su nombre al homenajear al dios Baco. Hace referencia a individuos con riesgo y gravedad elevada. Se inician de forma precoz, presentan abundantes factores de riesgo en la infancia, con historia familiar positiva de alcoholismo. Sus problemas son más precoces que en el otro grupo, mayores complicaciones de todo tipo y tienen mayor sintomatología psiquiátrica. También

consumen otras sustancias psicoactivas, presentando peor pronóstico. Correspondería al alcoholismo *tipo γ* de Jellinek.

Ambas tipologías vienen a describir prácticamente los mismos grupos de consumidores, aunque bien es cierto que proceden de tradiciones de investigación distintas, basándose la de Cloninger en estudios epidemiológicos de adopción y la de Babor en el análisis de conglomerados.

Babor y colaboradores (1992), hablan del estudio de ambas tipologías mediante la utilización de tipologías univariadas y multivariadas, siendo más útil las multivariadas. En este sentido, se habla incluso de tres variables clave a la hora de establecer tipologías, como son la edad (actual y de inicio del consumo de alcohol), la psicopatología comórbida y el malestar psicológico (Penick et al., 1999).

Las tipologías de Cloninger (1987) y Babor (Babor et al., 1992) suponen un intento específico de diferenciar el tipo de dependencia al alcohol más precoz, con mayor carga genética, mayor presencia de psicopatología y peor pronóstico (Gual, 2006). El interés de estos temas para la clínica es relevante y de enormes aplicaciones, como por ejemplo, el mejorar la clasificación diagnóstica y hacer un uso más eficiente de los recursos o servicios clínicos, se muestra de utilidad pues aporta información guiar el camino de las investigaciones, así como ser un recurso valioso para la planificación de las medidas a utilizar en el tratamiento, hacer coincidir a los pacientes al recurso más apropiado en cuanto a nivel, intensidad y modalidad de la atención (Babor y Del Boca, 2003). Es útil para resumir la información acerca del diagnóstico y pronóstico en una clasificación simple y comprensible, mejorar la predicción del curso y pronóstico del caso a corto plazo, así como a largo plazo de los resultados e incluso, prevenir el desarrollo de la dependencia de sustancias sugiriendo un mayor esfuerzo asistencial en la prevención secundaria (Babor y Caetano, 2006), así como la utilidad para predecir el curso de la abstinencia de alcohol (Driessen, Lange, Junghanns y Wetterling, 2005).

Durante el último siglo, ha habido una evolución de la teoría tipológica a partir de los subtipos de una sola dimensión para pasar a tipologías multidimensionales basadas en características como elementos etiológicos, características de la personalidad, patrones de consumo y curso de la enfermedad (Babor, 1996).

Hay estudios que apuntan a la existencia de más subtipos de alcohólicos o drogodependientes planteando si realmente dos subtipos son suficientes para la comprensión de la heterogeneidad de alcoholismo y hablan acerca de la representación de un continuo de gravedad cada vez más polimórfico que contienen factores que

influyen tanto genéticos como familiares y psicosociales (Windle y Scheidt, 2004; Cardoso, Neves, Barbosa, Ismail, Pombo, 2006; Epstein, Labouvie, McCrady, Jensen y Hayaki, 2002).

En este sentido, el síndrome de dependencia de alcohol (Edwards, 1986) se ha encontrado también válido en dependientes de cocaína y adictos a opiáceos (Kosten, Rounsaville Babor, Spitzer, y Williams, 1987). Otras investigaciones como la de Ball, Carroll y Rounsaville (1994) encuentran que la búsqueda de sensaciones como rasgo de personalidad se correlaciona con el esquema del Tipo II.

En la investigación en la que se valida la tipología cuádruple desarrollada por Windle y Scheidt (2004) el subtipo consumidor de varias drogas tenía una mayor tasa de criminalidad en la familia, un comportamiento de riesgo a nivel sexual y mayor uso de drogas intravenosas, mientras que el subtipo de afecto negativo, tuvo la tasa más alta de abuso sexual en la infancia, intento de suicidio y problemas de vivienda en la abuso, intento de suicidio y la falta de vivienda en la niñez. Además el patrón de mayor gravedad de bebida presentaba una personalidad más antisocial.

La existencia de estas tipologías ha sido descrita en relación a los individuos con dependencia de alcohol aunque parece que se ha encontrado también en consumidores de otras sustancias como pueden ser la cocaína y opiáceos, lo cual podría ir en la dirección de generalizar estas tipologías a otras individuos dependientes de otras sustancias psicoactivas (Ahmadi, Kampman, Dackis, Sparkman, y Pettinati, 2008; Babor, Dolinsky, Rounsaville y Jaffe, 1988; Babor, et al. 1992; Ball, Carroll, Babor y Rounsaville, 1995; Ball, Kranzler, Tennen, Poling y Rounsaville, 1998; Muñoz, Navas, Graña y Martinez, 2006; Pérez Del Río, 2012). Los resultados obtenidos en muestras de policonsumidores supondrían una validación inicial de la tipología y además, la confirmación de la generalización de la tipología a consumidores de otras drogas que no sea simplemente el alcohol.

Al comparar los subtipos obtenidos tras análisis *cluster* en dependientes de cocaína, los del Tipo B (33%) exhiben tasas más altas de riesgo premórbido (antecedentes familiares, problemas de conducta de la niñez, personalidad y edad de inicio) y mayor gravedad en relación al deterioro social con conductas más disociales y problemas más psiquiátricos comórbidos al Tipo A (67%) (Ball et al., 1995), lo que lleva a posibles implicaciones etiológicas, de pronóstico y tratamiento que coinciden con otros estudios (Babor, et al., 1992; Litt, Babor, DelBoca, Kadden, y Cooney, 1992). Por ejemplo, Litt, Kadden, Cooney y Kabelá (2003) encontraron que los alcohólicos de

tipo B tenían mejores resultados de tratamiento cuando fueron asignados a una terapia cognitivo-conductual, mientras que el tipo A de alcohólicos fue la terapia de grupo interaccional la que ofreció mejores resultados. En cambio, en otro estudio más amplio no se encontró efecto diferencial en distintas formas de psicoterapia individual (Babor y Del Boca, 2003).

En España, Muñoz, Navas, Graña y Martínez, (2006) hacen una descripción de la tipología de Babor, siendo la edad de inicio del consumo una variable de gran peso para la clasificación: así, los *Tipo A*, se caracterizan por haber comenzado tardíamente sus problemas con el consumo de alcohol (mayores de 30 años), presencia de pocos problemas familiares y escolares durante la adolescencia y escasa comorbilidad psiquiátrica, presentando dependencia a sustancias psicoactivas menos grave. Los tipo B por su parte, comienzan en edad temprana con el abuso del consumo (antes de los 30 años), suelen presentar trastorno antisocial de la personalidad, al que se suman problemas familiares y laborales, por lo que su grado de dependencia es mayor y a otras sustancias a parte del alcohol. Siguiendo en esta línea, Graña y colaboradores (2007, 2008, 2009) profundizan en las distintas tipologías, estudian las diferencias en características de personalidad en drogodependientes policonsumidores (funcionales y crónicos) en función de su implicación o no en conductas delictivas donde encuentran que los más funcionales con causas delictivas puntúan más en personalidad esquizoide, disocial, límite e histriónico que los que no presentan causas, por el contrario, los policonsumidores más cronificados obtienen mayores puntuaciones en extroversión y apertura a la experiencia y que la personalidad antisocial disocial surge como más significativa al compararla con aquellos que no habían sido acusados de cometer delitos. También apuntan sobre la importancia en factores internos o externos de la personalidad, donde los drogodependientes más crónicos tenderían más a cierto aislamiento o personalidad esquizoide y los más funcionales a factores más externalizantes de la personalidad. Estos autores concluyen que el establecimiento de una adecuada caracterización de los drogodependientes mediante tipologías, así como la elaboración de perfiles de personalidad en los que se tenga en cuenta su implicación en características delictivas supone una profundización de cara a implementar estrategias de cambio más eficaces para sus conductas disfuncionales. Así, en cuanto al criterio de psicopatología comórbida, sería importante ampliar las patologías asociadas, y en relación a los trastornos de personalidad, contemplarlos desde una perspectiva más

amplia y flexible como la de Cloninger en su Modelo Psicobiológico observando la personalidad de forma dimensional y no como un trastorno rígido a lo largo del tiempo.

En otro estudio de López y Becoña (2008) identifican subtipos de dependientes de cocaína encontrando diferencias significativas en la edad media, la edad de inicio de consumo, el número de años de consumo, así como la vía principal de consumo, en cambio, no encontraron diferencias significativas en las variables psicopatológicas consideradas inicialmente entre los grupos, ya que hubieran esperado diferencias en la dirección planteada por otros autores donde los dependientes de cocaína que han consumido heroína en alguna etapa de su vida presentan más problemas psicopatológicos (Ochoa, 2000; Weiss, Martinez-Raga y Hufford, 1996).

Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri (2008) estudian una muestra de monoconsumidores (alcohol) y policonsumidores (cocaína y alcohol) que realizan tratamiento ambulatorio, destacando mayores niveles de impulsividad y de psicopatología general en los consumidores de varias sustancias, así como un más alto porcentaje de trastornos de la personalidad, en concreto antisocial, narcisista y límite (*cluster B*) mientras que para el grupo de una sola sustancias la tendencia es una mayor presencia de patrones de personalidad obsesivo-compulsivo, paranoide y dependiente (éstos últimos, sin diferencias estadísticamente significativas). Atendiendo a la clasificación propuesta por Cloninger (1987) en una muestra de dependientes de alcohol, los de mayor gravedad (Tipo II) obtenían mayores niveles de impulsividad, hostilidad y en general síntomas psicopatológicos que los de menor gravedad (Tipo I), así como una personalidad más patológica destacando también los del Cluster B (Echeburúa et al., 2008).

En esta línea, otros investigadores comparan la psicopatología en tres subtipos de pacientes (alcohol, cocaína y alcohol junto a cocaína) destacando altos niveles de impulsividad y depresión en la muestra en general, con similar perfil psicopatológico en general (SCL-90-R) excepto en la escala de ideación paranoide donde los monoconsumidores puntúan más alto, y en relación a patrones de personalidad apuntan a rasgos más antisociales para los cocainómanos y narcisista para los policonsumidores (Belda, Cortés y Tomás, 2010). En general, la investigación refiere mayor psicopatología relacionado con el abuso de varias sustancias, índices más elevados de personalidad antisocial, sintomatología anímica y ansiedad (Rounsaville et al., 1991; Rounsaville, Wesissman, Kleber y Wilber, 1982) y con mayor presencia en familias de primer grado (Mirin, Wiss, Griffin y Michael, 1991).

El interés por profundizar en las características de la personalidad va en aumento. Autores como Pedrero y Ruíz (2012) analizan dos muestras (clínica y no clínica) de sujetos dependientes de cocaína obteniendo diferencias significativas y con un gran tamaño del efecto entre ambos en las dimensiones de Búsqueda de Novedad (BN) y Autodirección (AD), y en menor magnitud en Evitación del Daño (ED). Estas diferencias aumentan en el momento que el consumo de alcohol se añade (variable controlada en un primer momento). Mediante análisis clúster llegan a obtener hasta seis grupos que diferían en gravedad, siendo los de mayor gravedad los que presentaron mayor BN, alta ED y baja AD, además de baja PE (persistencia), siendo la única diferencia la encontrada en la dimensión DR (direccionalidad) lo que sugiere un patrón de comportamiento antisocial (Svrakic, et al., 2002) además con alta impulsividad disfuncional, severo deterioro de origen frontal en actividades cotidianas así como un alto nivel de estrés percibido. Apuntan hacia una gradación de la severidad de la adicción relacionado con un mayor deterioro e nivel frontal. Estos perfiles de mayor gravedad, serían los mejores candidatos para beneficiarse de tratamientos completos donde se incluya rehabilitación cognitiva. La evaluación de la personalidad, junto con la evaluación neuropsicológica, son ingredientes importantes en el futuro de programas de tratamiento a drogodependientes.

Por otro lado, la consideración de subtipos de dependientes de drogas arroja resultados interesantes en la medida de ajustar los programas de tratamiento dependiendo de las necesidades en relación a la severidad. Schwartz, Wetzler, Swanson y Sung (2010) encuentran cinco subtipos de drogodependientes en función de la gravedad que presentan en el consumo de sustancias, lo que puede arrojar información en relación al tipo de asistencia o intervención que precisan. Otro dato importante a señalar es que todos los tipos presentaron altas tasas de comorbilidad médica y psicopatológica. Agrawal, Lynskey, Madden, Bucholz, y Heath (2007) encontraron cinco tipos de dependientes de sustancias y tras analizar la muestra encontraron altas comorbilidades psicopatológicas con diferencias entre los distintos subtipos, por ejemplo, los que presentaban mayor gravedad exhibían mayores tasas de trastorno depresivo mayor, o más altas tasas de ansiedad en los consumidores de fármacos. Estos resultados apuntan hacia la gran heterogeneidad existente que presentan los distintos tipos de abusadores de sustancias, donde una mayor gravedad conlleva a una mayor psicopatología asociada (Drake, O'Neal y Wallach, 2008).

Con respecto a la posible respuesta diferencial al tratamiento en distintos tipos de drogodependientes, Alterman y Droba, y McLellan (1995), mediante la Entrevista de Severidad de la Adicción, ASI (McLellan et al. 1980) que administraron a un grupo consumidor de cocaína y otro de alcohol en un hospital de día, encontraron diferencias significativas en el área de alcohol para grupo de alcohol y de drogas para el de cocaína, también encontraron que el grupo de alcohólicos informaban de mayor demanda de tratamiento psicológico y presentaban más problemas médicos, mientras que los cocaínómanos más problemas legales, por el contrario no diferieron en problemas familiares, psiquiátricos y sociales. Con respecto a las variables sociodemográficas, el grupo de alcohólico presentaba mayor edad que el de cocaína, así como más años de consumo a lo largo de la vida. Tras el programa de tratamiento y mediante análisis de multivarianza (MANOVA) se observaron diferencias entre los grupos dependientes del alcohol y de cocaína que se reflejaban en el uso de servicios del tratamiento relacionado con las siete áreas-problema evaluadas en el ASI. Los dos grupos informaban del uso de los diferentes servicios relacionados con el alcohol, las drogas y servicios psiquiátricos, donde los pacientes dependientes de cocaína necesitaron en menor medida tratamiento relacionado con el alcohol que los pacientes alcohólicos, aunque por el contrario, mostraron una mayor necesidad de tratamiento relacionado con drogas. Los pacientes dependientes de cocaína también informaron de menor necesidad de tratamiento para problemas psiquiátricos comparado con los pacientes dependientes del alcohol. Por último señalan la importancia de realizar el proceso de desintoxicación antes del inicio del programa de tratamiento, ya que puede ser a lo largo del mismo un factor de abandono.

Con respecto a las limitaciones que se describen en relación a comparar diferentes muestras de pacientes en función del recurso utilizado, parece que no existen grandes diferencias si se comparan muestras ambulatorias y comunitarias, así como la muestra de pacientes hospitalizados, no obstante, los investigadores sugieren que al evaluar sólo muestras de pacientes hospitalizados o de un entorno clínico concreto, pudiera sobreestimarse la proporción relativa de dependientes en la población que presenta un subtipo más problemático del trastorno. En esta líneas el trabajo de Babor y Hofmann (1992) realizado en pacientes hospitalizados, con mismo número de pacientes A y B, la muestra ambulatoria y de la comunidad tuvieron significativamente más del Tipo A (75%) que del Tipo B (25%), de hecho, los pacientes hospitalizados diferían

más claramente que los no pacientes en algunos factores premórbidos de riesgo, la familia y severidad psicopatológica.

En los distintos estudios realizados existen escasas conclusiones en relación a las variables y diferencias de género contempladas al analizar grupos de consumidores, siendo la proporción de mujeres generalmente menor, pero parece que conforme aumenta la gravedad de la tipología hallada, las diferencias entre hombres y mujeres se hacen menos evidentes (Mariño, Berenzon y Medina-Mora, 2005).

Para concluir este apartado decir que el estudio de las tipologías en pacientes con trastornos por consumo de sustancias se muestra de enorme interés a la hora agilizar el trabajo y ajustar las necesidades de cada subtipo específico al abordaje que precisa, asunto que parece interesar en los últimos años a distintos investigadores españoles (Belda et al., 2010; Echeburúa et al., 2008, 2009; Graña, Muñoz y Navas, 2007, 2008; López y Becoña, 2006, 2008; Muñoz, Navas, Graña y Martínez, 2006; Pedrero y Ruíz, 2012; Pérez Del Río, 2012). Esto no sería solo beneficioso para el paciente drogodependiente, sino que es útil para la asistencia pública del estado ya que es una forma de utilización más eficaz de los distintos dispositivos y recursos de la red de drogodependencias y salud mental.

5.5. Conclusiones

En este apartado se ha facilitado una visión panorámica de las aproximaciones terapéuticas más utilizadas en drogodependientes y que han demostrado su eficacia en distintas revisiones de investigaciones y meta-análisis (Amato et al., 2004; Dutra et al., 2008; Fiestas y Ponce, 2012; Hofmann et al., 2012; Irvin et al., 1999; Lefio et al., 2013; Magill y Ray, 2009; Miller y Wilbourne, 2002; Pearson et al. 2011; Prendergast et al., 2006; Vocci y Montoya, 2009), y que los pacientes con trastornos mentales a los que se le suma una mayor gravedad en el consumo de sustancias, presentan una mayor dificultad en la retención en el tratamiento protagonizando un importante número de abandonos (Dutra et al., 2008). A pesar de que se han demostrado como eficaces los abordajes psicosociales, aún no parece existir consenso acerca de cuál de dichas intervenciones es más eficaz siendo una tarea imprescindible el aunar esfuerzos para el estudio, evaluación e investigación de abordajes y programas existentes con el fin replicar y generalizar los hallazgos, dado que existe una enorme dificultad debido a la heterogeneidad de los estudios (diferencias en el diseño, variables medidas, población

de estudio y rigor metodológico) existiendo aspectos que atentan tanto a la validez como a la fiabilidad de los resultados.

El abordaje psicoterapéutico se ha ido modificándose a lo largo del tiempo coexistiendo en la actualidad distintas propuestas terapéuticas que reflejan diversos modelos teóricos, por ello el interés de este apartado se ha orientado hacia un acercamiento exhaustivo y en profundidad de los tres modelos ofrecidos, con importante evidencia científica, Modelo Transteórico del Cambio, Entrevista Motivacional y Prevención de recaídas, por considerar que forman un engranaje perfecto a la hora de abordar los trastornos por consumo de sustancias en toda su amplitud.

Por un lado, el enfoque del modelo de cambio que se conceptualiza como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska y DiClemente, 1984), unido a un enfoque motivacional (Miller y Rollnick, 1999, 2002) como herramienta básica que estimula la motivación hacia el cambio, donde sitúa al paciente como protagonista del cambio y eje clave, favoreciendo la toma de decisiones y el cambio de conducta, útil para favorecer el inicio de un tratamiento o la adherencia a lo largo del mismo, así como para pacientes con escasa motivación e incluso con mayor deterioro, y por último, unido al enfoque de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) que consigue fortalecer la autoeficacia del paciente, analizar los antecedentes y consecuentes del episodio de consumo proveyendo de estrategias de afrontamiento para el mantenimiento de la abstinencia consiguiendo finalmente un cambio en su estilo de vida que le permita salir del círculo perverso y de destrucción de la drogodependencia.

En último lugar, a partir del interés surgido en los últimos años en establecer clasificaciones o tipologías más relevantes en el consumo de alcohol (Babor et al. 1992a; Cloninger, 1987) se ha visto necesario el profundizar en ellas dado que son clasificaciones que inciden en los factores etiológicos o de riesgo premórbido, cronicidad en el consumo de sustancias y trastornos psicopatológicos comórbidos (éstos últimos juegan un papel crucial en las recaídas). A estos hallazgos se han sumado otros investigadores que han estudiado estas tipologías en otro tipo de sustancias (Ahmadi, Kampman, Dackis, Sparkman, y Pettinati, 2008; Babor, Dolinsky, Rounsaville y Jaffe, 1988; Ball, Carroll, Babor y Rounsaville 1995; Ball, Kranzler, Tennen, Poling y Rounsaville, 1998; Graña, Muñoz y Navas, 2007, 2008, 2009; Lopez y Becoña, 2008; Muñoz, Navas, Graña y Martinez, 2006; Pérez Del Río, 2012; Sánchez-Hervás, Tomás,

Morales, Del Olmo y Molina, 2002a). Estos aspectos nos puede ayudar a comprender de forma más específica la heterogeneidad de los perfiles, momento en el que se encuentra en su proceso de cambio y los efectos diferenciales de respuesta al tratamiento y pronóstico, de cara a permitir ajustar más los abordajes a las necesidades y problemática del paciente (Babor y Del Boca, 2003; NIDA, 2009).)

En resumen, el conjunto de los contenidos mencionados resulta imprescindible de cara a profundizar y comprender los resultados expuestos en el marco empírico de la presente tesis doctoral, resultados obtenidos del tratamiento realizado en una comunidad terapéutica especializada en trastornos comórbidos, un marco adecuado donde se facilita el cambio motivacional, de adicción y donde se hacen evidentes aspectos psicológicos comórbidos.

CAPÍTULO 6. CENTRO DE TRATAMIENTO A DROGODENDIENTES “EL ALBA”

6.1 Marco general de Salud Mental y Drogodependencias en Castilla La Mancha

El Plan de Salud Mental 2005-2010 y que continua vigente en la actualidad, se crea con el objetivo de crear una red para la atención de la salud mental coordinada e integrada en el sistema sanitario público, con un amplio abanico de recursos y dispositivos ubicados en el entorno más cercano para la rehabilitación a todos los niveles.

A medida que los patrones y formas de consumo han ido variando, así lo han ido haciendo los distintos abordajes e intervenciones con intención de ajustarlas al máximo a las necesidades de los usuarios. En un principio los tratamientos iban dirigidos a lograr la abstinencia en general, como los programas libres de drogas, para ir pasando a los programas de reducción de daños o tratamiento con agonistas (metadona, LAAM, etc.) o planes más individualizados donde tienen cabida los trastornos mentales comórbidos a las sustancias adictivas y poblaciones minoritarias como reclusos, transeúntes, minorías étnicas, menores, mujeres, etc. En definitiva, las estrategias de intervención se han ido individualizando y dotando de mayor flexibilidad lo que generado un mayor número y alcance de éxitos terapéuticos en la mejora de la calidad de vida del individuo consumidor de sustancias adictivas.

En la actualidad, lo primordial es focalizar todas las intervenciones en un esfuerzo común y trabajar en red con los distintos recursos existentes tales como ayuntamientos, comisaria y juzgados, servicios sociales, hospitales y dispositivos asistenciales y de intervención especializados en drogas para garantizar una respuesta rápida, ajustada y en definitiva, efectiva para el colectivo drogodependiente.

6.1.1. Niveles de atención asistencial

La oferta asistencial se dirige a la intervención por niveles que se dividirían en primero, segundo y tercero. Los recursos de primer nivel son los que realizan una primera intervención a modo de prevención primaria. Son dispositivos de orientación e información dirigidos a la población general con el objetivo de prevenir antes de la aparición del problema de consumo de sustancias.

Los recursos de segundo nivel, son los dispositivos existentes cuando ha aparecido ya el problema, son los centros específicos de asistencia ambulatoria o UCA en Castilla la Mancha (anteriormente denominados EAD en CLM, y actualmente CAD en otras comunidades autónomas), cuya labor radica en realizar un diagnóstico precoz del problema e intervención, así como la coordinación con distintos dispositivos y derivación del caso cuando es necesaria una intervención más especializada o individualizada debido a la cronicidad o empeoramiento. En este nivel también contamos con los centros de día o centros abiertos dedicados a realizar actividades de ocupación, rehabilitación o reinserción. Estos serían un recurso intermedio entre un programa ambulatorio y otro residencial. Los centros penitenciarios serían a caballo entre un segundo y tercer nivel, donde existen grupos de atención al drogodependiente (Fundación Atenea o grupo GID) cuya labor importante también radica en realizar intervenciones con penados con problemas de consumo de sustancias favoreciendo su rehabilitación (Observatorio de Drogodependencias de CLM, 2004; Comas, 2005) y se encuentran en coordinación tanto con los recursos de primer nivel como los de tercer nivel.

Los recursos de tercer nivel hacen referencia a los recursos disponibles cuando el problema se ha tornado crónico y continuado, cuando los recursos ambulatorios de segundo nivel han fracasado, y donde se requieren programas más específicos y continuados, como son las Unidades de Salud Mental, bien los de Unidad de Hospitalización Breve, las Unidades de Desintoxicación, o las Unidades de Media Estancia (UHB UDH Y UME) y los centros residenciales o de internamiento como pueden ser las Comunidades Terapéuticas especializadas o no en patología asociada (Comas, 1998; Comas, 2006; Comas, 2010; Comas, 2011). En este sentido, son individuos con un alto deterioro de las distintas áreas personales que han perdido apoyo familiar, salud física y mental, con situaciones judiciales pendientes etc. Son los que por así decirlo, han “tocado fondo” en el abismo de las drogas.

Los recursos de tercer nivel son recursos donde se realiza una intervención integral e internalizada dirigida al restablecimiento de unos mínimos requisitos de estabilización a nivel físico, social y psicológico. En este sentido, se encuentran las comunidades terapéuticas adaptadas o modificadas en centros de tratamiento especializados en patología dual, como es el caso del C.T.D. El Alba, en palabras de Habermas “un sistema cerrado pero operativamente abierto” (Comas, 2006). En

particular, este recurso se ha ido especializando hasta poder atender a personas que puedan presentar un trastorno por consumo de sustancias y/o un trastorno mental como puede ser el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno anímico o trastorno de la personalidad que son los diagnósticos más frecuentemente presentes.

En último lugar, los recursos de cuarto nivel se encuentran dirigidos a la reinserción social o rehabilitación, son dispositivos que ayudan en el camino previo a la reinserción en la comunidad como pueden ser las asociaciones, fundaciones con una importante variedades de planteamientos y actividades, cursos o talleres de tipo ocupaciones, formativos y laborales, y pisos tutelados por ejemplo, todos ellos con una intensidad en el trabajo terapéutico menor.

6.1.2. Coordinación entre Salud mental y Drogodependencias en Castilla la Mancha

En 1992, se redacta el primer plan Regional de Drogas (PRD) en el que se plantean como objetivos el desarrollo de un sistema y la creación de un modelo de intervención. Uno de los objetivos del PRD 1992/1995 (Observatorio de Drogas de Castilla La Mancha, 2004) era la creación de un único sistema en el que participan todas las instituciones y entidades que estaban trabajando en la materia en la región como forma de reducir la divergencia de instituciones y descoordinación entre ellas, así como aunar esfuerzos y recursos. El Plan Regional de Drogas, hacía referencia a la atención a drogodependientes como el conjunto de acciones de coordinación, prevención, asistencia y reinserción social, dirigidas a la reducción de los problemas asociados al consumo de drogas tanto legales como ilegales (Observatorio de Drogas de CLM, 2004).

El desarrollo de una red de recursos para la atención a las personas con drogodependencias se llevó a cabo a partir de 1996, desde el año 2000 y desde el Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2000-2004 se conforma la Red asistencial de Salud Mental aportando una atención integral a las personas con enfermedad mental una atención integral. El término “Red” conforma una estructura asistencial constituida por un conjunto de recursos que siendo independientes funcionan de forma interconectada para la consecución de un fin común, un interés estratégico en la planificación de las intervenciones para dar respuesta a las diferentes tipologías de los drogodependientes que acuden a ella, estableciéndose a dos niveles de intervención ambulatoria y residencial) (Observatorio de Drogas de CLM, 2004).

En este sentido, se unifican ambas redes (Salud mental y Drogodependencias) en el Servicio de Salud (SESCAM) configurándose un importante proceso de transición tanto para profesionales como para los modelos asistenciales y para el circuito terapéutico (Plan de alcoholismo y drogodependencias de Castilla la Mancha, 2006-2010).

Los principales dispositivos de salud mental y drogodependencias que componen la red de recursos sanitarios y sociosanitarios de Castilla-La Mancha recogidos en la Orden 09-10-2006 de la Consejería de Sanidad (Diario Oficial de Castilla La Mancha, 2006), Plan de Salud Mental 2005- 2010 y el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de CastillaLa Mancha (2006-2010) establecen el siguiente recorrido:

La puerta de entrada al circuito asistencial terapéutico era a través de las Unidades de Conductas Adictivas, Unidades de Salud Mental y actualmente también es posible desde Atención Primaria, al considerar las dependencias (con o sin sustancias) una enfermedad más. La Unidad de Salud Mental de Adultos, la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y la Unidad de Conductas Adictivas forman la estructura en base a la cual se adecua la atención en salud mental y drogodependencias. Desde la UCA o desde la USM dependiendo del caso particular, se derivará a los pacientes, según sus necesidades y en función del circuito asistencial, a la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), para desintoxicación hospitalaria y/o a centros donde se atienda la patología comórbida como la Unidad de Media Estancia (UME), Unidad de Atención Especial (UAE), a Comunidades Terapéuticas o a centros no sanitarios, Centro de Emergencia Social, pisos de acogida, centros de inserción socio-laboral, viviendas, etc.

Pasamos a describir cada uno de ellos ligeramente, primeros los de salud mental, después los de drogodependencias:

-Unidad de Salud Mental de Adultos (USM) Es el recurso o centro sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas adultas. Es el dispositivo central de la red y en el que se activa el resto de recursos que sea necesario.

-Unidad de Hospitalización Breve de Adultos (UHB) La UHB es el dispositivo con internamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y

del comportamiento en pacientes mayores de edad que requieren hospitalización de corta duración, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas

-Unidad de Media Estancia (UME) La UME es el dispositivo o servicio sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo de aquellos pacientes necesitados de un abordaje terapéutico estructurado con el fin de conseguir su rehabilitación y capacitación para la reintegración comunitaria.

-Unidad de Media Estancia para la atención a drogodependientes/Centro de Tratamiento a Drogodependientes “El Alba”. Es un centro sanitario especializado en el tratamiento a drogodependientes, ubicado en Toledo, de ámbito regional y al que se accede mediante derivación de las Unidades de Conductas Adictivas y las Unidades de Salud Mental, para atender a pacientes en los que además de su adicción a las drogas se presenta patología comórbida.

-Comunidades Terapéuticas. Centros sociosanitarios con internamiento cuyo objetivo principal es facilitar a las personas con conductas adictivas su rehabilitación e inserción sociolaboral.

-Centros de Día. Recursos intermedios entre la asistencia ambulatoria y las comunidades terapéuticas. Están destinados a la asistencia y rehabilitación de toxicómanos en régimen intermedio (la persona pasa varias horas al día en el centro, pero duerme en su casa), y proporcionan una actuación terapéutica intensiva, en relación con la UCA.

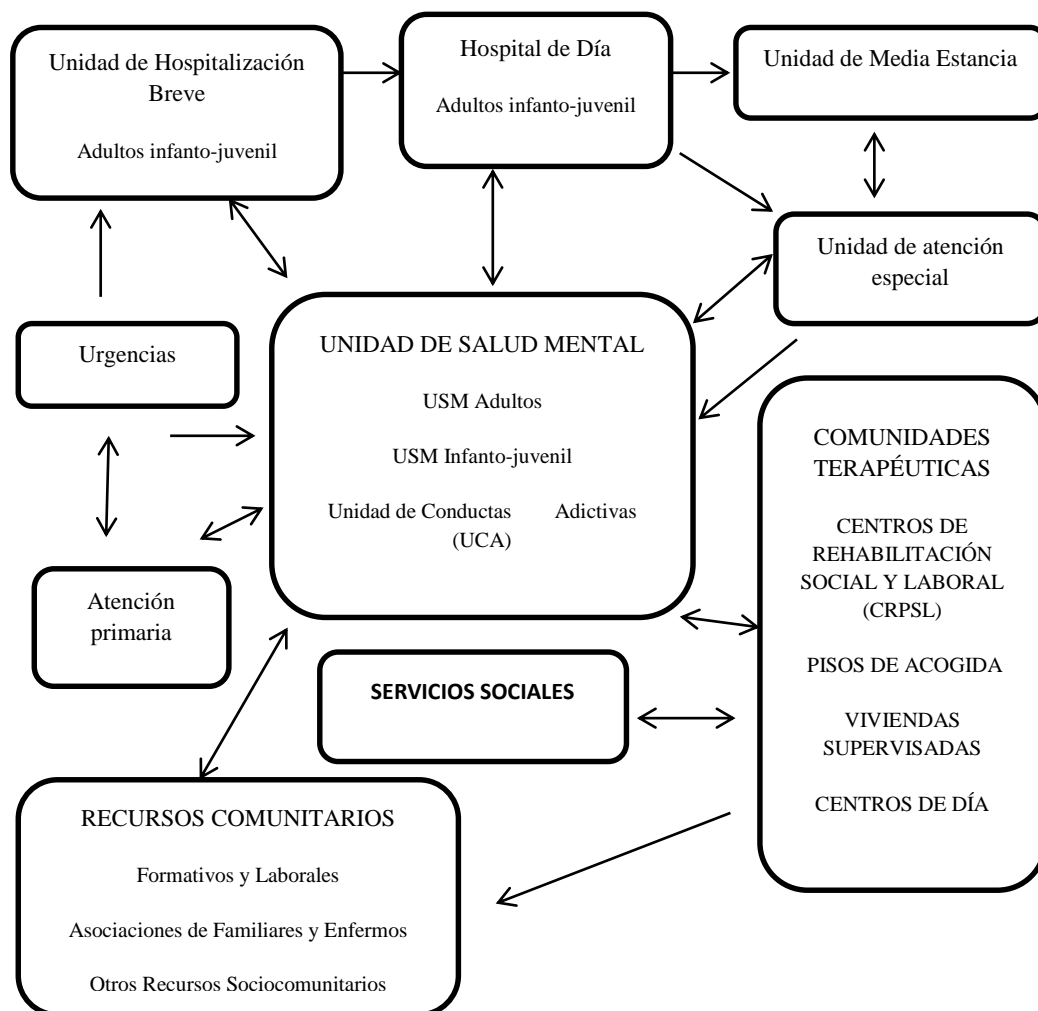
-Centro de Emergencia Social. Destinado prioritariamente a personas con adicción a las drogas que disponen de escasos recursos económicos, sin apoyo familiar o muy deficiente, con asuntos judiciales pendientes y, en general, con malas condiciones de vida. De manera secundaria se atiende a personas en tratamiento que no disponen de suficiente apoyo familiar y social para abordar su proceso terapéutico.

-Viviendas Supervisadas Las viviendas supervisadas constituyen un recurso residencial comunitario organizado en viviendas normalizadas insertas en el entorno social. Se trata de un dispositivo diseñado para usuarios que han alcanzado un grado aceptable de autonomía, pero que aún tienen dificultades para vivir de forma independiente.

-Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) Centro sociosanitario ambulatorio de atención a las personas con enfermedad mental crónica en el que

se realizan programas individualizados de rehabilitación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria.

Figura 6.1. Red Asistencial en Salud Mental y Drogodependencias



Fuente: Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010. Plan de alcoholismo y drogodependencias de Castilla la Mancha, 2006-2010.

6.2. C.T.D. El Alba: Transición de una Comunidad Terapéutica tradicional a una Comunidad Terapéutica modificada o especializada en Patología Dual.

El C.T.D. El Alba abrió sus puertas el 1 de abril de 1987 por iniciativa del Exmo. Ayuntamiento de Toledo, para el tratamiento en régimen de internamiento de drogodependientes, como centro de ámbito provincial. Posteriormente fue transferido a la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha y, en particular, a la Consejería de Sanidad y Asuntos sociales, pasando a ser de ámbito regional. El recurso cuenta con

profesionales del ámbito de la salud, siendo un dispositivo asistencial en régimen de internamiento. En el año 2000 pasa a ser un centro sanitario residencial, el único público de la Comunidad Autónoma de CLM. Es un centro sanitario especializado en el tratamiento a drogodependientes, ubicado en Toledo, y al que se accede mediante derivación de las Unidades de Conductas Adictivas y las Unidades de Salud Mental, para atender a pacientes en los que además de su adicción a las drogas se presenta patología comórbida. Este centro, se definiría dentro de la red asistencial como un dispositivo de tercer nivel con labor asistencial y de intervención en régimen de internado.

El C.T.D. El Alba ha recibido varias denominaciones dependiendo del momento en el que se halla encontrado o desde el organismo que sea definido. Se abrió como una comunidad terapéutica en sus inicios, pasó a ser un centro sanitario a partir del 2000 y desde entonces, son varias las designaciones (Unidad de media estancia, Centro de tratamiento especializado en Patología dual, comunidad terapéutica especializada, etc.). No es nuestro objetivo que se pongan de acuerdo los que deban establecer la denominación común pero sí es nuestro deseo describir aunque someramente la transición que ha llevado a cabo el recuro para una mayor comprensión del lector.

En España, la Comunidad Terapéutica fue el principal dispositivo de atención a los drogodependientes surgido a partir de la epidemia de la que se vio afectada la sociedad por completo, la heroína. En un primer momento, esta epidemia se coló en la sociedad como un no invitado a una fiesta, lo que pilló por sorpresa a un sistema con vacío asistencial existente para el tratamiento de las drogodependencias, especialmente cuando el consumo de la heroína en la década de los 80 se igualaba a SIDA y muerte en la percepción social, generando una gran alarma social así como la presión por parte de los diferentes poderes públicos de la necesidad de intervenir de un modo urgente para erradicar este tipo de adicción.

En este momento fue cuando fue creado en 1985 el Plan nacional sobre Drogas (PNSD) con una serie de objetivos dirigidos a intervenir y estabilizar la situación donde sobretudo se articulara una oferta de red pública de servicios de atención. En sus inicios los servicios de atención al drogodependiente eran escasos, el dispositivo central por antonomasia era la comunidad terapéutica, se carecía de unidades de desintoxicación

hospitalaria, y la dispensación de metadona requería de una regulación urgente que posibilitara y garantizara su papel terapéutico.

En estos primeros momentos es cuando se inicia la larga trayectoria de la comunidad terapéutica El Alba. En estos momentos iniciales, el perfil del drogodependiente tratado era del politoxicómano cuya sustancia principal de consumo por la que accedía al recurso era la heroína. En este momento, no se admitían patologías psiquiátricas, ni drogodependientes cuya droga principal fuera el alcohol. Al no existir red asistencial, los pacientes ingresaban directamente derivados de los servicios de salud mental, de servicios sociales y de servicios de atención primaria con el requisito de desintoxicación. El funcionamiento era el característico de una comunidad donde la convivencia y la cooperación grupal era su espíritu guía.

Los primeros trabajos sobre programas de tratamiento y su adherencia para drogodependientes en una comunidad terapéutica, fueron realizados a mediados y finales de los años setenta (Wexler y De Leon, 1977; Aron y Daily, 1976). Los resultados de estos estudios concluían que los sujetos que abandonan suelen tener un problema más grave en cuanto al trastorno adictivo y la psicopatología asociada que los que permanecen y finalizan los tratamientos (Secades y Fernández-Hermida, 2000). La relación entre el cumplimiento terapéutico y tipo de alta (terapéutica versus abandono) es una cuestión que ha tenido cierto interés, se asume que el alta terapéutica indica el cumplimiento del programa completo con éxito, mientras que el alta no terapéutica se relaciona con el fracaso terapéutico, ya sea debida a abandono voluntario o expulsión.

En 1992, la red asistencial estaba constituida, contando sólo los centros acreditados, por 393 Centros Ambulatorios Específicos, 79 Comunidades Terapéuticas, 50 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y 18 Centros de Día. Entre estos y otros dispositivos más inespecíficos se contaban además con 113 Centros de Dispensación de Metadona (Comas, 2005).

Una vez superada la alarma social derivada del consumo de heroína y sus consecuencias, planteándose un momento de normalización de la situación, llega el momento de centrarse en la calidad asistencial, en el cual se clarifica una nueva oferta y una nueva misión donde se da paso a una pluralidad de perfiles que obliga a la realización de diagnósticos y el establecimiento de objetivos individualizados, donde los

profesionales se ven de nuevo en el esfuerzo de formarse y especializarse más si cabe en drogodependencias y trastornos asociados.

El C.T.D. El Alba se sitúa como un recurso de tercer nivel y al que se accede a través de los Equipos de Atención al Drogodependiente o EAD (actualmente denominados Unidad de Conductas Adictivas o UCA). Conforme evoluciona la red asistencial se detectan casos que no pueden ser atendidos por los centros residenciales de la red por lo que se decide adaptar el centro a los nuevos perfiles de drogodependientes. En realidad el fuerte incremento de los casos de cocaína mientras la heroína disminuía, así como el cambio inesperado la creciente presencia de alcohólicos, con una demanda potencial en expansión con un importante porcentaje de trastornos mentales asociados. Es entonces, la siguiente etapa que se sitúa en el año 2000 cuando se realiza un plan de formación para los profesionales que trabajan en el centro con el objetivo de ampliar la oferta a otros perfiles de pacientes drogodependientes con patología dual. Entre los que destaca como formador José Luis Graña profesor de la Universidad Complutense de Madrid y con una larga trayectoria en el estudio de drogodependencias, entre otros formadores del Plan formativo. Es en este preciso momento en el que se denomina el recurso como centro sanitario público de Castilla La Mancha.

El hecho de que la patología dual sea tan frecuente, fundamentalmente en la red de drogas, sugiere el recomendar programas de tratamiento integrado llevados a cabo por un equipo interdisciplinar y formación en salud mental y drogodependencias por lo que es necesaria la adecuada formación de los profesionales de estos centros en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales así como una comunicación adecuada entre las dos redes. Por otro lado, es importante concienciar a los profesionales de la red de salud mental en la importancia de la adecuada detección y manejo de los trastornos adictivos. (Szerman, 2011).

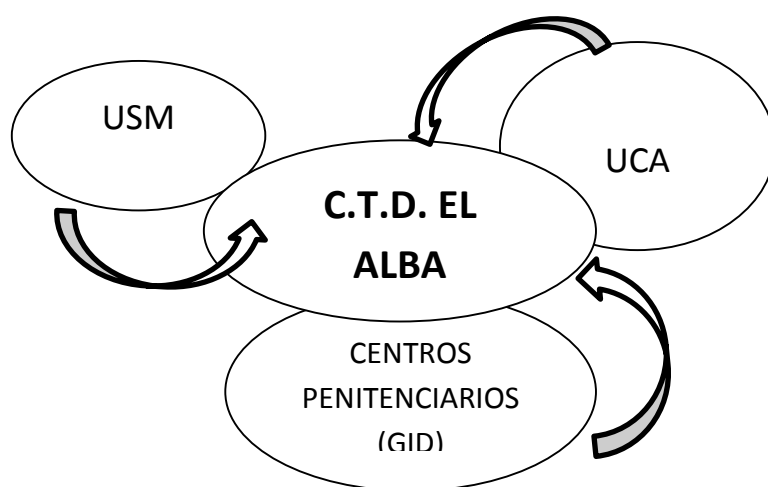
En esta etapa de transición y adecuación de los recursos, en concreto el C.T.D. El Alba, al perfil de drogodependientes, se crea el Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha como órgano asesor técnico de apoyo científico permanente por la Ley 15/2002, de 11 del 07 del 2002 sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos en Castilla-La Mancha. Sus funciones, recogidas en el artículo 39, son las siguientes: Recogida y análisis de la información disponible de fuentes nacionales e

internacionales, cooperación y colaboración con otros Observatorios de carácter regional, nacional e internacional, promoción de investigaciones y estudios y mantenimiento de un sistema de indicadores que permita el seguimiento de la evolución del consumo de drogas en Castilla-La Mancha. Este órgano ha sido el encargado año tras año de acercarnos a la evolución del consumo de drogas en Castilla La macha, así como de las medidas y estrategias desarrollas en drogodependencias.

Tras muchos cambios y transiciones acontecidas, a todos los niveles, y siguiendo la evolución temporal, actualmente el Centro de Tratamiento El Alba es el recurso central de patología dual por excelencia de toda la comunidad. Actualmente la plantilla (tras muchas transiciones a nivel de personal laboral también) cuenta con médico, psiquiatra, psicóloga, enfermeros/as, trabajadora social, terapeuta ocupacional, educadores/as y auxiliares de clínica como plantilla de profesionales especializados que atiende a pacientes que en su mayoría presentan patología dual. El recurso recibe pacientes de toda la región y es un centro mixto con capacidad para 32 residentes, siendo dos de sus plazas adaptadas y utilizadas para casos de discapacidad o pacientes en fase de desintoxicación (Memoria C.T.D. El Alba, 2015).

Años atrás era necesaria la autorización del Plan Regional de Drogas para el acceso a una plaza en el recurso, hoy en día no es necesario y es posible acceder a través de los recursos de entrada de la red asistencial de Castilla La Mancha.

Figura 6.2. Puerta de entrada al C.T.D. El Alba



Elaboración propia.

Los requisitos de acceso a una plaza son los siguientes:

-Estar empadronado en Castilla-La Mancha

-Derivación al recurso desde una Unidad de Conductas Adictivas, desde una Unidad de Salud Mental o del equipo de atención a drogodependencias de los Centros Penitenciarios de Castilla-La Mancha

-Seguir los procedimientos de derivación y los procedimientos de ingreso establecidos y especificados por cada recurso o dispositivo

-La necesaria separación temporal de su entorno habitual y donde se hayan dado fracasos reiterados en la intervención

-Individuos que requieran de un tratamiento más intensivo, individualizado y coordinado del que pueden recibir en otros servicios no residenciales

Los criterios generales de inclusión son:

1. Diagnóstico de Trastorno por Dependencia a drogas.
2. Derivación de las UCAs, salud mental y centros penitenciarios.
3. Mayoría de edad o emancipación legal.
4. Aceptación voluntaria del ingreso.

Con respecto a los criterios de exclusión se encontrarían:

1. Menor de edad no emancipado.
2. Patología orgánica grave que impida el desarrollo del Programa Terapéutico Individualizado.
3. Patología infecto-contagiosa en fase activa, p. Ej. Tuberculosis bacilífera.
4. Patología psiquiátrica descompensada que suponga riesgo de auto o heteroagresividad.
5. Alto porcentaje de discapacidad física/psíquica que impidiera el desarrollo del Programa.

Para el acceso al recurso se realiza una comisión de ingresos donde se valora cada solicitud por paciente donde

6.2.1. Desarrollo del programa de tratamiento residencial

- **Filosofía del recurso y modelo de tratamiento**

Recurso dirigido a personas drogodependientes y/o con trastornos mentales que requieren de un programa residencial que atiende las 24 horas de forma integral, intensiva o de mayor contención asistencial con una serie de objetivos específicos de mejora en cada uno de los ámbitos de la salud, psicológico, social y educativo con orientación terapéutica, con diversificación de objetivos y estrategias de afrontamiento. Basado en la convivencia y dinámicas grupales donde se facilita la relación interpersonal y el trabajo en grupo o cooperación. La dinámica y fenómenos de grupo se muestran como objetos de trabajo, estableciéndose vínculos significativos con los distintos miembros de la comunidad, apoyado siempre por un equipo multidisciplinar.

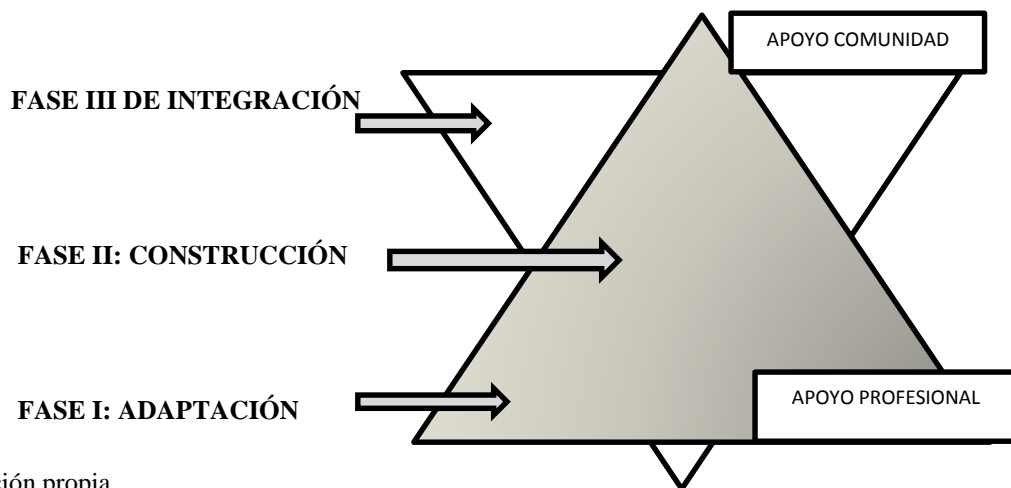
Estructuralmente, de cara a entender el modelo de tratamiento de este recurso partimos del diagrama que se presenta a continuación. Dos triángulos encajados uno sobre el otro, el triángulo en posición vertical refleja el apoyo profesional a lo largo del proceso de tratamiento en fases, mientras que el triángulo en posición invertida refleja el apoyo de la comunidad en el proceso de tratamiento. La idea es que a medida que el usuario avanza en el tratamiento el objetivo es que sea más autónomo con menor necesidad de apoyarse en los profesionales y más en el grupo, por el contrario a medida que avanza y es más autónomo tiene una mayor necesidad de establecer relaciones con el exterior o utilizar los recursos de la comunidad. Se contempla como un avance en fases no excluyentes sino interrelacionadas entre sí y dentro del entramado de la comunidad.

Una primera fase de Adaptación con una duración de un mes y medio aproximadamente, donde el objetivo reside en facilitar la adaptación y adhesión al tratamiento. Básicamente se facilita en los primeros momentos una acogida cálida y personal por todo el equipo técnico y del grupo facilitando el conocimiento del funcionamiento general y normativa del centro, así como la participación en actividades, primeras relaciones e integración en el grupo, etc.

Una segunda fase, de construcción, con una duración de unos cinco meses aproximadamente, aunque la temporalidad es un indicador flexible y personalizado a las circunstancias del paciente. En esta fase se trabaja a un nivel más profundo desde todas las áreas según las características del usuario, sus necesidades y objetivos planteados. Se realizan salidas al domicilio familiar, se facilita el trabajo con los familiares, se facilita la asistencia a cursos, etc.

Una tercera fase o de integración. Es la fase última del tratamiento donde el trabajo más intensivo va dirigido a su integración en la sociedad y desvinculación del recurso. Se trabajan más profundamente las salidas a su domicilio, se facilita el contacto con los recursos de su entorno, orientación formativo-laboral, etc.

Figura 6.3. Fases del programa de tratamiento



Elaboración propia.

- **Equipo técnico**

- Los profesionales que conforman el equipo técnico son profesionales de distintas orientaciones y disciplinas dirigidos a un abordaje común, integral e integrado

- Es un equipo multidisciplinar e interdisciplinar

- Con formación especializada en patología dual y drogodependencias y con participación en formación continuada y asistencia a congresos, así como su participación en ellos

- Con supervisión externa (durante algunos años)

- **Coordinación del equipo**

La coordinación se realiza en base a reuniones en horario estructurado, dentro del programa.

-Reunión matutina: Se revisa la agenda del día (gestiones que incluyen salidas fuera del centro, actividades del día, cuestiones a tratar o reflexionar por el equipo donde sea necesaria la toma de decisiones relevantes, etc.).

-Reunión de cambio de turno: Agenda del día, compartir información entre ambos turnos, debate de cuestiones relevantes del día y planteamiento de estrategias a seguir.

-Comisión de ingresos: Valoración de las peticiones de ingresos y planificación de entrevistas previas al ingreso.

-Comisión de acogida: Primeros planteamientos y objetivos antes de la preparación del Programa de tratamiento individualizado.

-Comisión de seguimiento: Elaboración del Programa de tratamiento individualizado, revisión y seguimiento, planteamiento de altas y realización de informes pertinentes, valoración de los casos nuevos atendidos y seguimiento de los que ya han iniciado tratamiento.

- **Coordinación con los recursos externos de la red asistencial de salud mental y drogodependencias**

Desde el equipo se cuida la continua comunicación con los recursos de referencia y de derivación, así como los recursos implicados en el curso del tratamiento de cada caso mediante conversaciones telefónicas o mail, entrevistas entre profesionales o mediante informes realizados por ambas partes, todo para redundar en el beneficio del paciente.

Al recurso llegan los informes del caso del recurso de procedencia y tras la finalización, el informe de alta al recurso al cual se deriva al paciente para el seguimiento. Así mismo, durante el tratamiento, también existe comunicación directa con las unidades de hospitalización breve en salud mental si se producen ingresos durante el tratamiento o por hospitalización médica.

- **Protocolo de intervención**

1) Previo al ingreso

-Recepción de informes relativos a la petición de ingreso y valoración por parte del equipo técnico en una comisión de ingresos el caso, los informes y la idoneidad del ingreso. Si la valoración es positiva, se comunica al recurso de derivación del caso y pasa a formar parte de la lista de espera previa al ingreso

-Entrevista previa al ingreso, siempre que fuera posible, de cara a valorar dificultades o deficiencias importantes que pudieran entorpecer o bloquear el proceso de tratamiento (ingresos previos, motivación inexistente, discapacidades físicas o psíquicas importantes, cuestiones legales, etc.).

2) Al ingreso

-Recepción del paciente por parte del equipo

-Entrevista con la familia que le acompaña e información a ambas partes acerca del recurso y primeros trámites (documentación, comunicación, salidas personales, gestiones económicas, etc.)

-Realización de controles toxicológicos o pruebas médicas pertinentes a la persona que ingresa

-Presentación al resto del equipo y pacientes que se encuentren en el recurso realizando el tratamiento

-Avituallamiento y acompañamiento para facilitar el conocimiento del espacio residencial

3) Durante el tratamiento

-Durante el primer mes, realización de entrevistas por parte de cada uno de las áreas de profesionales que componen el equipo técnico (trabajo social, psicología, medicina, psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional y educación social) para el conocimiento del caso.

-Presentación del caso y puesta en común por parte del equipo técnico para el diseño del programa de tratamiento individualizado (PIT) del paciente con la

información relativa a la historia clínica, necesidades percibidas y objetivos planteados de cara al tratamiento.

- Comunicación, puesta en común y negociación con el paciente de los objetivos pertinentes a perseguir durante el proceso de tratamiento.

- Trabajo intensivo a todos los niveles con el paciente en base a los objetivos planteados iniciales con la posibilidad de modificarlos según la evolución y circunstancias que puedan variar a lo largo del proceso.

- Intervención a nivel individual y grupal, terapia familiar con el paciente y participación en los grupos multifamiliares (estos dos últimos según disponibilidad por tiempo, distancia, recursos, etc.).

- Realización de salidas terapéuticas y personales con regularidad y progresivamente de mayor plazo fuera del recurso, así como el abordaje de las dificultades encontradas.

4) Previo a la finalización del tratamiento

- Evaluación de la intervención y valoración de la consecución de los objetivos planteados en el Plan de tratamiento individualizado por parte del equipo técnico.

- Comunicación al paciente y preparación al alta

- Despedida organizada por el grupo a través de dinámicas grupales relacionadas con su vivencia personal (aprendizaje, dificultades, anécdotas, etc.) y en general, su paso por el recurso de cara a fortalecer su autoeficacia personal y recuerdo positivo del vínculo establecido.

- Realización y emisión de informes de alta donde se explica la evolución del tratamiento y los objetivos planteados, así como las dificultades encontradas y sugerencias de cara al seguimiento desde su recurso de referencia (UCA y/o USM principalmente).

5) Seguimiento tras el alta

- En las altas terapéuticas y en los casos que sea factible (distancia, situación económica, disponibilidad, etc.) se realiza seguimiento al mes, tres y seis meses.

- **Programas de atención e intervención grupal**

Desde una perspectiva biopsicosocial, los programas de los que se dispone cuentan con la implicación y participación de todos los profesionales del equipo técnico si bien, la mayoría de los grupos psicoterapéuticos son llevados por el área de psicología.

En relación a la estructura, varían en un rango desde estructurado con un temario fijo y objetivos más definidos, a programas más semiestructurados con una mayor flexibilidad, no obstante, lo fundamental es que se muestre centrado en el paciente donde su participación es clave y sobre temas de interés, noticias o sucesos de actualidad y cuyo trabajo vaya dirigido a una mayor concienciación, facilitar el trabajo, debate o reflexión, así como el compartir experiencias dentro del grupo.

1) *Prevención de recaídas.* Comprensión acerca de la funcionalidad de su consumo, identificación de situaciones de riesgo, manejo de deseos de consumo redes sociales, aprendizaje de estrategias de afrontamiento, abordaje de deslices y recaídas y generalización de los aprendizajes en el medio externo.

2) *Motivación al cambio:* Apoyo en cada una de las etapas de cambio mediante información acerca de las drogas, debate y resolución de ambivalencias, balanceo decisional, aprendizaje de estrategias para mantenerse en la etapa y seguir progresando alimentar la motivación diaria, conciencia de trampas y autoengaños que dificulten o bloqueen el proceso, etc.

3) *Grupos de género (masculino y femenino):* Se introducen variable de la realidad actual de la mujer y del hombre, contemplado esta especificidad donde se da una interacción e intercambio de experiencias con iguales.

4) *Psicodrama:* Espacio vivencial de aprendizaje donde se facilita la comunicación con uno mismo y con el entorno revelado por el contexto dramático. Se acompaña y facilita la reelaboración de aprendizajes, formas o situaciones difíciles o no e incluso traumáticas, facilita la expresión de deseos, recuerdos o aspiraciones futuras traídas al contexto del aquí y ahora creado espontáneamente.

5) *Grupo comunitario:* Medio terapéutico, per se, de régimen diario donde se facilitan las dinámicas interpersonales y donde se desarrollan situaciones que permiten

el crecimiento, responsabilidad y autonomía del paciente, donde se dan fenómenos típicos grupales de identificación, cohesión, aprendizaje por modelado, atribución de roles, etc. En él participan profesionales y pacientes con las mismas condiciones de asistencia e intervención, donde existe la figura del coordinador (paciente) que abre y cierra la agenda del día, da paso o bloquea intervenciones, etc. Se facilita la comunicación y la relación entre los pacientes y el recurso (horizontal y transversal). El grupo se nutre de las experiencias del “aquí y ahora” transformándose en aprendizajes personales enriquecidos.

6) *Desarrollo emocional*. Conocimiento, identificación y manejo de emociones a través de dinámicas y juegos mediante técnicas como el *Role playing*, de cara a explorar las propias emociones y descubrir y empatizar con las emociones de su homólogo.

7) *Educación para la salud/Psicoeducación*: Promueve el autocuidado, higiene, responsabilización y establecimiento de un estilo de vida saludable (hábitos y rutinas), prevención de E.T.S., así como una mayor conciencia de enfermedad.

8) *Aulas educativas y de actualidad*: entrenamiento en habilidades sociales, lecto-escritura, prensa, videoforum, etc.

9) *Deporte/Medio ambiente*: Fomenta actitudes favorables hacia el deporte o medio ambiente, así como el empleo y ocupación del tiempo libre, realizada en actividad grupal facilitar las relaciones entre el grupo y fomenta actitudes prosociales como la ayuda y cooperación.

10) *Gestión de tareas y ocio*: Organización de las tareas propias del recurso convivencial como limpieza, lavandería, comedor, etc. Así como la planificación de actividades de ocupación y ocio del fin de semana.

Todos los programas desarrollados a lo largo del tratamiento son absolutamente pertinentes y ajustados a la problemática del drogodependiente con un trastorno mental asociado. No obstante, se pasa a describir más profundamente dos de ellos por ser programas distintivos del recurso.

- **Atención específica a la mujer (Grupo femenino)**

Uno de los programas de mayor satisfacción es el grupo de mujeres, un grupo creado de forma inicial para hablar de una serie de experiencias y que ha ido evolucionando y creciendo y madurando para llegar a ser uno de los referente dentro del programa de los programas grupales que se ofrecen. Donde se tratan multitud de temas relacionados con la maternidad, recuperación y desempeño del rol materno-filial, acontecimientos traumáticos, alcohol y drogas, salud y sexualidad, familia, pareja (dependencia emocional), salud, trabajo, etc. Todo ello en un clima cálido de escucha y comprensión, donde se tratan temáticas que adquieren una mayor dificultad al ser abordados desde grupos mixtos. (Rivero, 2014).

- **Atención e intervención sobre la familia**

-Entrevista inicial con la familia al ingreso del paciente, contacto y seguimiento telefónico

-Sesiones de psicoterapia con la familia

-Grupos familiares y multifamiliares

El grupo familiar de inicio hace varios años, es llevado de la mano del equipo técnico donde se facilita un espacio cuidado y común, en el cual se propicia el comunicar y compartir experiencias entre las distintas familias. Centrado en el papel que desempeña la familia como soporte básico y apoyo en el proceso rehabilitador, la importancia de la implicación familiar en el proceso, acompañar en los sentimientos de fracaso, culpabilidad, miedo o ansiedad y apoyar en el restablecimiento del equilibrio familiar. Desde hace tiempo se sabe que los familiares y drogodependientes son susceptibles de bidependencia, *“la bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tales), existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar droga, etc.). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante”* (Sirvent, 1994). Estos

vínculos tienden a perpetuar de forma ineficaz la dinámica familiar, una situación dolorosa o problemática donde se impone la sobreprotección o sobrecontrol conduciendo a los miembros familiares a una situación de abandono o vaciamiento en el otro, donde en multitud de familias se tiende a igualar la drogodependencia o enfermedad mental a incapacidad o desprotección. Todas estas temáticas son abordadas en el espacio del grupo de familias.

Es imprescindible que en todo proceso de terapia en la problemática de drogodependencia, el abordaje familiar vaya paralelo al tratamiento del paciente. En la mayoría de casos, la familia se encuentra atrapada por sentimientos de impotencia, culpa, miedo y desesperanza. El conocimiento y la escucha de experiencias de otras familias permite darse cuenta y modificar ciertos modelos viciados que entorpecen y mantienen el problema alejando el bienestar de la dinámica familiar.

6.3. Situación actual y futura

Las comunidades terapéuticas especializadas o modificadas han evolucionado con el fin de ajustarse a la problemática actual en torno a los trastornos por consumo de sustancias que llevan asociado en la mayoría de casos psicopatología asociada. En este sentido el C.T.D. El Alba, ha sido una pieza clave dentro de dos movimientos fundamentales, por un lado, la evolución del recurso paralelo a una nueva visión por parte de los agentes públicos y de la salud en todo a la patología dual y lo que conlleva, así como el aunar esfuerzos para integrar en la medida de lo posible, tanto el campo de drogas como de salud mental a través de la Red de Salud Mental y Drogodependencias de Castilla La Mancha. Hoy por hoy, tanto una red como la otra se esfuerzan por llegar a puntos en común para una mayor asistencia e intervención de calidad.

El día a día en una comunidad terapéutica especializada conlleva un trabajo constante debido a la realidad tan heterogénea a la que se enfrentan los profesionales de primera línea en los recursos de tercer nivel, donde confluyen esos “casos difíciles” con problemática delicada, historia de múltiples fracasos y con un difícil abordaje que suelen encontrarse excluidos en muchos de los recursos por no cumplirse el “perfil”. La clínica en adicciones ha experimentado grandes cambios que deben ser asimilados y adaptar los protocolos y programas de intervención a este colectivo, y no al revés como ocurre en multitud de recursos asistenciales y/o residenciales.

Por otro lado, señalar la importancia de una formación continua y especializada de los profesionales con una imprescindible supervisión externa al equipo terapéutico, aspectos fundamentales para un “buen hacer” profesional, debido a alto número de casos donde se produce el fenómeno del *bourne out* si se deja llevar por “hambrientos consumidores emocionales”, si no dispone de estrategias, apoyo y supervisión imprescindible.

Para concluir, se considera necesario puntualizar que la respuesta asistencial supone en la actualidad un reto que requiere de formación altamente especializada, de nuevos abordajes y enfoques, en un proceso que integre progresivamente objetivos terapéuticos dependiendo de la psicopatología presente, pero sobretodo, con un respecto máximo a la persona y que pueda beneficiarse del entorno terapéutico más adecuado posible para su estabilización y recuperación.

SEGUNDA PARTE

Investigación Empírica

CAPÍTULO 7. INTRODUCCIÓN

En esta segunda parte de la presente tesis doctoral y en base a los fundamentos teóricos presentados en la primera parte, se elaboran y exponen los distintos objetivos generales de la investigación, las hipótesis planteadas y los corolarios derivados de las mismas, junto a la metodología utilizada que permite llegar a los resultados obtenidos del que se derivan las conclusiones de este estudio.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el fenómeno de la drogodependencia se presenta como un problema social y sanitario, por lo que las organizaciones implicadas en la lucha contra las drogas invierten grandes esfuerzos a todos los niveles para disminuir y/o frenar éste fenómeno y sus consecuencias.

Desde el ámbito de salud como profesionales clínicos, se muestra de suma importancia un acercamiento a la realidad actual en cuanto al perfil del drogodependiente que accede a los distintos dispositivos de la Red asistencial de Drogodependencias y Salud mental, así como el estudio y revisión de los programas puestos en marcha para subsanar errores y realizar las mejoras necesarias para ofrecer una asistencia e intervención de calidad, objetivos que se derivan de los principios ofrecidos por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, 1999, 2002, 2009), fruto de rigurosas investigaciones donde se manifiesta que el tratamiento efectivo debe mostrarse accesible, abarcar las diversas necesidades de la persona realizando abordajes integrados, los cuales deben ser continuamente evaluados y modificados en el caso de ser necesario para dar un servicio completo de absoluta calidad.

En esta línea, en el apartado empírico se propone examinar los cambios en una serie de variables clínicas relevantes (sociodemográficas, de consumo y de gravedad de la adicción) de cara a evaluar un programa de tratamiento psicológico de Motivación al cambio donde los participantes realizan tratamiento en un recurso público residencial dependiente de Conejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, y determinar los posibles beneficios a los que se pueden acoger de un programa de intervención en este tipo de recurso tan específico.

Para tal fin, una vez explorada la población en relación a sus características sociodemográficas, de consumo y gravedad, la investigación se dirige a esclarecer los perfiles o tipologías que se dan para conocer qué personas acceden a este tipo de recurso y así poder perfilar y ajustar los programas de intervención a este colectivo de forma más específica y apropiada.

Tras caracterizar los distintos perfiles, se analizarán los cambios observados en las diferentes variables de consumo, motivacionales y psicológicas, tras el programa de intervención realizado, medidas en dos momentos distintos de la aplicación del programa al inicio y a los seis meses, no implicando esta segunda medición necesariamente, la finalización del tratamiento. Esta investigación y los resultados que se deriven suponen un recurso valioso de cara a ajustar la modalidad de atención y nivel de intensidad de la intervención de forma más apropiada de cara a conseguir resultados más óptimos para la población estudiada.

CAPÍTULO 8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A continuación se plantean los objetivos generales de investigación derivados de los fundamentos teóricos presentados en los primeros capítulos de la presente tesis doctoral, propios de la parte empírica de este estudio.

Estudio 1: Establecer grupos diferenciados de drogodependientes en relación a variables sociodemográficas, de consumo y gravedad de la adicción.

Estudio 2: Analizar las tipologías halladas resultado del primer estudio en base a variables clínicas de consumo y psicológicas.

Estudio 3: Evaluación del programa de tratamiento realizado a los seis meses en función del tipo de consumidor y en base a las variables de consumo, motivacionales y psicológicas medidas inicialmente.

Con respecto al primer estudio para establecer grupos diferenciados de drogodependientes en relación a variables sociodemográficas, de consumo y gravedad de la adicción, se establecen las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Se encontrarán dos subtipos estadísticamente diferenciados que se agruparán en función de las variables sociodemográficas, de consumo de sustancias y de gravedad de la adicción obteniéndose un conglomerado formado por un grupo de individuos de mayor edad y baja escolaridad, consumidores de alcohol como sustancia principal a lo largo de la vida, con desintoxicación hospitalaria previa necesaria al inicio de tratamiento, y con mayor afectación de distintas áreas personales derivadas del consumo crónico de alcohol: médica, psicológica y familiar. Un segundo conglomerado de menor edad y mayor escolaridad, consumidores de distintas sustancias (dependencia mixta o polidependencia), con derivación al recurso de tratamiento de las Unidades de Conductas Adictivas y centros penitenciarios, y con mayor afectación de distintas áreas personales derivadas del consumo crónico de varias sustancias: empleo y legal.

Una vez agrupados los participantes en conglomerados y procediendo a la denominación Tipo I (sustancia principal alcohol) y Tipo II (policonsumo como sustancia principal) respectivamente, se proponen junto a la anterior, las siguientes hipótesis y corolarios respectivos:

Hipótesis 2: Se presentarán diferencias significativas en las variables sociodemográficas entre ambos grupos de consumidores.

Corolario 1: El Tipo I presentará una edad media superior con respecto al Tipo II.

Corolario 2: El Tipo I estará compuesto por un mayor porcentaje de mujeres con respecto al Tipo II.

Corolario 3: El Tipo I presentará menor número de años de educación que el Tipo II.

Corolario 4: El Tipo I presentará una mayor fuente de ingresos derivados de medios legales como empleo, pensiones o ayudas y familiares, mientras que el Tipo II provendrá de fuentes heterogéneas y de medios ilegales.

Hipótesis 3: Se presentarán diferencias significativas en las variables de consumo entre ambos grupos de consumidores.

Corolario 1: El Tipo I presentará mayor porcentaje de años de consumo a grandes dosis de alcohol a lo largo de la vida, mientras que el Tipo B presentará mayor número de años de consumo de varias sustancias.

Corolario 2: El Tipo I y el Tipo II presentarán un número importante de años de consumo a lo largo de la vida de tranquilizantes y ansiolíticos aunque con predominio en el Tipo II.

Corolario 3: Ambos tipos procederán de recursos de Unidades de Conductas Adictivas, el Tipo I procederá de recursos hospitalarios y el Tipo II de las Unidades de Salud Mental y centros penitenciarios en mayor porcentaje.

Hipótesis 4: Se presentarán diferencias significativas en las variables que miden índice de gravedad del consumo de sustancias, el Tipo I presentará mayor índice de gravedad en la problemática asociada al alcohol, médico, familiar y psicológico, y el Tipo II mayor gravedad en los índices de gravedad del área de drogas, laboral y legal.

En el segundo estudio, las dos tipologías encontradas, diferirán significativamente en las variables motivacionales y psicológicas utilizadas para su clasificación, estableciéndose las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en los estados de cambio, las puntuaciones en la etapa de precontemplación serán superiores en el Tipo I, mientras que en contemplación y actuación serán superiores en el Tipo II.

Hipótesis 2: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en los procesos de cambio, las puntuaciones serán superiores en los procesos cognitivos-emocionales en el Tipo I y procesos conductuales para el Tipo II.

Hipótesis 3: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en las medidas de balance decisional, los contras serán superiores para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Hipótesis 4: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en las expectativas de autoeficacia, siendo superior para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Hipótesis 5: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en la variable que mide el deseo de consumir drogas, siendo superior para el Tipo II en relación al Tipo I.

Hipótesis 6: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en la variable que mide agresión, siendo superior para el Tipo II en relación al Tipo I.

Hipótesis 7: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en impulsividad, con medidas superiores para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Hipótesis 8: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en las variables psicopatológicas, con medidas superiores para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Hipótesis 9: Se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos en las variables de personalidad en cada una de las subescalas con medidas superiores para Tipo II con respecto al Tipo I.

En el tercer estudio, el objetivo es evaluar el programa de tratamiento realizado, observar los cambios producidos a los seis meses de la aplicación del programa de

tratamiento en las distintas variables clínicas medidas correspondientes a los perfiles TipoI y TipoII (medidas pre-post) y ver en qué grupo son mayores los cambios en las distintas variables medidas. A continuación se detallan las siguientes hipótesis y corolarios respectivos:

Hipótesis 1: Se espera que la muestra total de pacientes obtenga un cambio estadísticamente significativo en el sentido de que se encontrará mejoría en el post-tratamiento en las variables de consumo, motivaciones y psicológicas estudiadas inicialmente en ambos grupos.

Corolario 1: Se encontrarán diferencias significativas en los índices de gravedad entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento, siendo las reducciones mayores para el Tipo I en el área de alcohol, médico, familiar y psicológico, y para el Tipo II mayores reducciones en el área de drogas, familiar y legal.

Corolario 2: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en el número de días de consumo en el último mes, siendo la reducción mayor para el Tipo I en la variable alcohol y para el Tipo II en las variables restantes.

Corolario3: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en las variables relacionadas con el consumo, siendo la reducción mayor en el Tipo I para la variable gasto de dinero en alcohol, días de tratamiento y días con problemas relacionados con el alcohol, y para el Tipo II en gasto de dinero en drogas y días con problemas relacionados con drogas.

Corolario 4: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en las etapas de cambio entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento, donde el Tipo II mejorará en mayor medida que el Tipo I encontrando mayor reducción en la etapa de precontemplación y mayor aumento en las etapas contemplación, acción y mantenimiento.

Corolario 5: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en la variable que mide los procesos de cambio, aumentando la utilización de los procesos conductuales siendo mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Corolario 6: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en la variable de balance decisional (Pros y contras del consumo) con un mayor aumento en los beneficios y reducción en los contras para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Corolario 7: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en la variable que mide autoeficacia percibida (confianza y tentación) siendo el aumento mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Corolario 8: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en la variable que mide deseo de consumo siendo la reducción mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Corolario 9: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en la variable que mide impulsividad siendo la reducción mayor en el Tipo II con respecto al Tipo I.

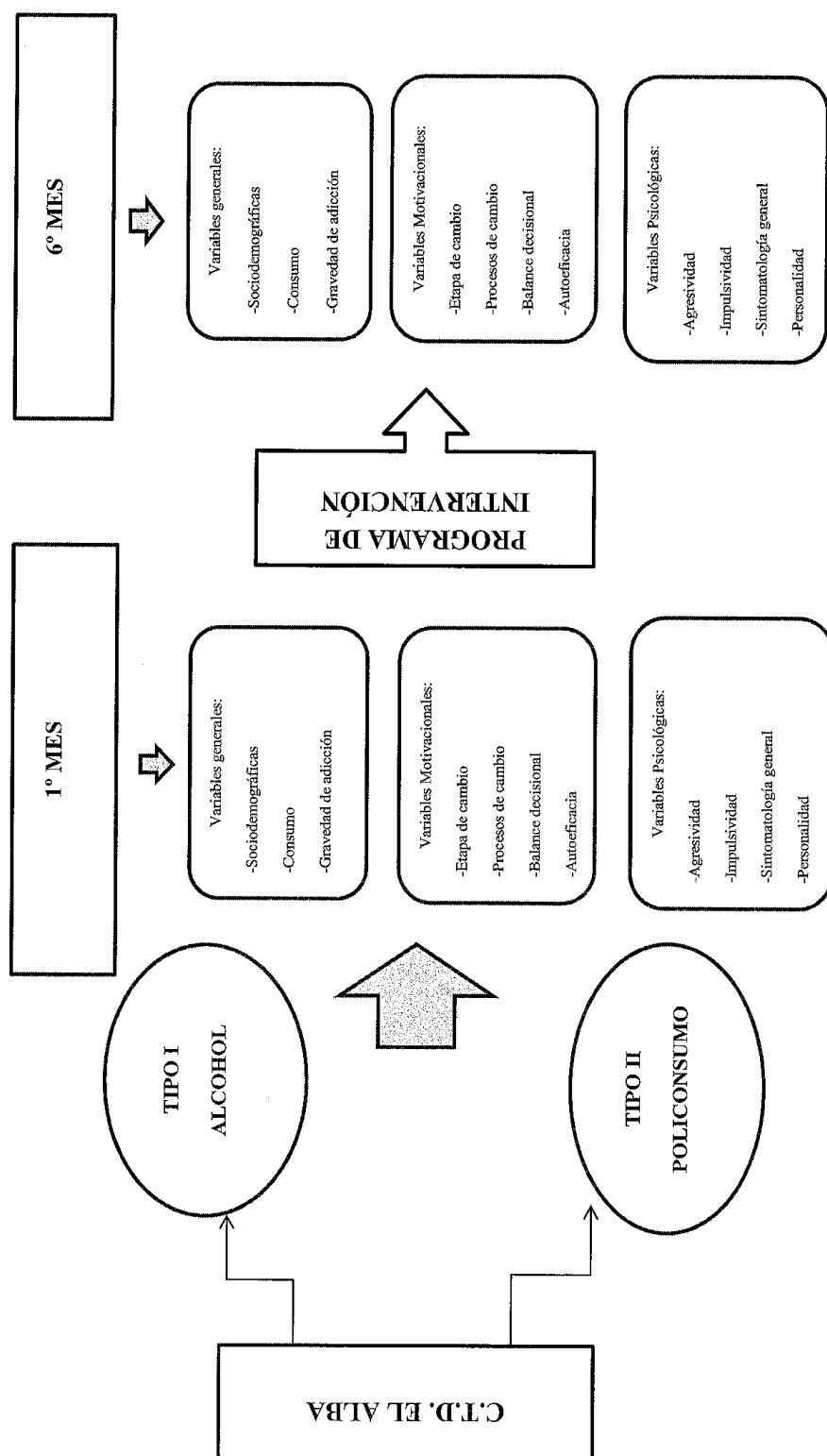
Corolario 10: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en la variable agresividad siendo la reducción mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Corolario 11: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en las variables que miden sintomatología psicopatológica siendo la reducción mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I.

Corolario 12: Se encontrarán diferencias significativas entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en los dos grupos en las variables de personalidad siendo la reducción mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I.

En la siguiente Figura 8.1, se muestra de forma esquemática el planteamiento que va a seguir este estudio para facilitársela al lector.

Figura 8.1. Planteamiento general de la investigación



CAPÍTULO 9. METODO

9.1. Muestreo

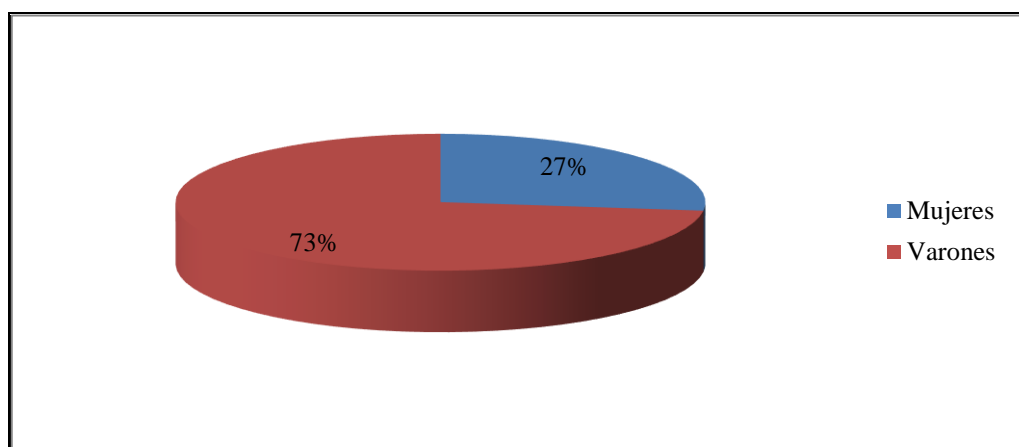
En este apartado se revelan las características sociodemográficas de la muestra de sujetos con Trastornos por consumo de sustancias de la investigación objeto de estudio y los recursos asistenciales de los que provienen previo ingreso en el C.T.D. El Alba.

9.1.1. Selección de la muestra

La muestra de participantes se derivan de los individuos que inician y finalizan el tratamiento residencial entre los años 2010 y 2013. Fuera de esta muestra queda un porcentaje de casos que se pierde debido a no cumplir los criterios necesarios para su inclusión en el estudio como desestabilización o incapacidad grave a nivel físico o mental, finalización o interrupción prematura, voluntaria o no, por parte del paciente y deseo voluntario de no participación en la presente investigación. En esta franja de tiempo de tres años, no se incluye o se pierde casi un 50 % de los casos, lo que sugiere una población voluble, heterogénea, con situaciones personales complicadas y con dificultades en el compromiso y motivación a la hora de iniciar un tratamiento de deshabituación de sustancias.

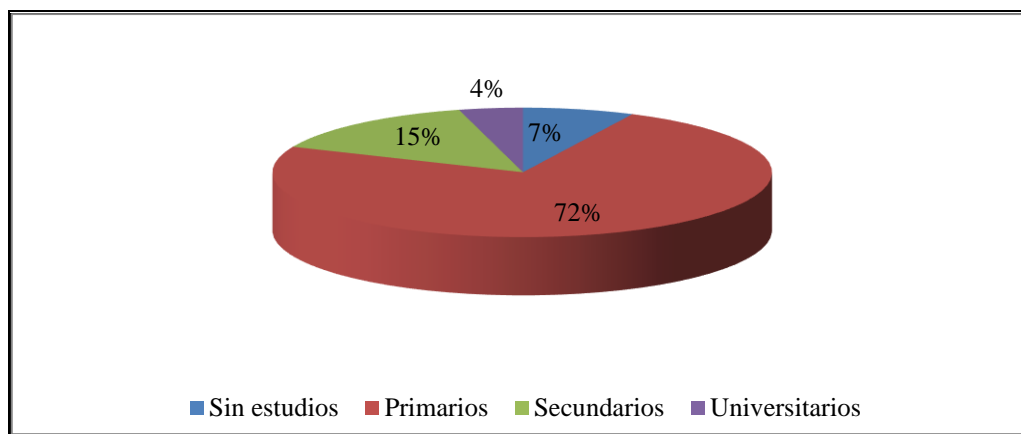
Finalmente, la muestra de participantes queda compuesta por 100 sujetos, con edades comprendidas entre los 20 y 59 años, siendo la media de edad de 38,62 años ($d.t.= 8,06$). El 73% eran varones y el 27% mujeres (Gráfico 9.1).

Gráfico 9.1. Porcentaje de participantes en función del sexo.



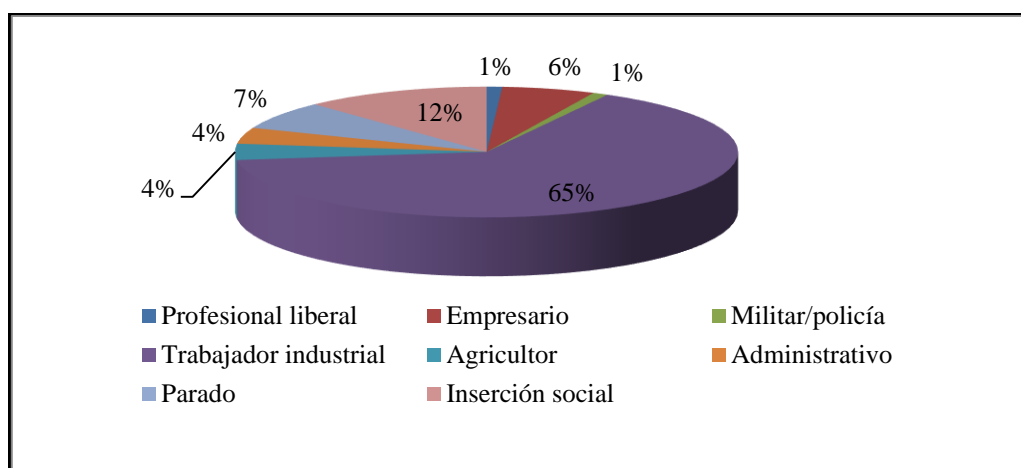
En el gráfico 9.2, se expone el nivel de estudios de la muestra estudiada donde se observa que la mayoría ha cursado estudios primarios el 72%, el 14% estudios secundarios, 7% de la muestra no tenía estudios y por último, el 4% tenían estudios universitarios o de grado.

Gráfico 9.2. Porcentaje de participantes en función del nivel de estudios.



Se ha tenido en cuenta la previa o última ocupación antes de iniciar el tratamiento, en el Gráfico 9.3, se muestra que más de la mitad de la muestra de participantes son trabajadores que pertenecen al sector industrial (65%), seguido a distancia por pacientes que se encontraban en situación de inserción social (12%), en menores porcentajes desempleados (7%) y empresarios autónomos (6%), seguido de otras ocupaciones más minoritarias presentes en la muestra.

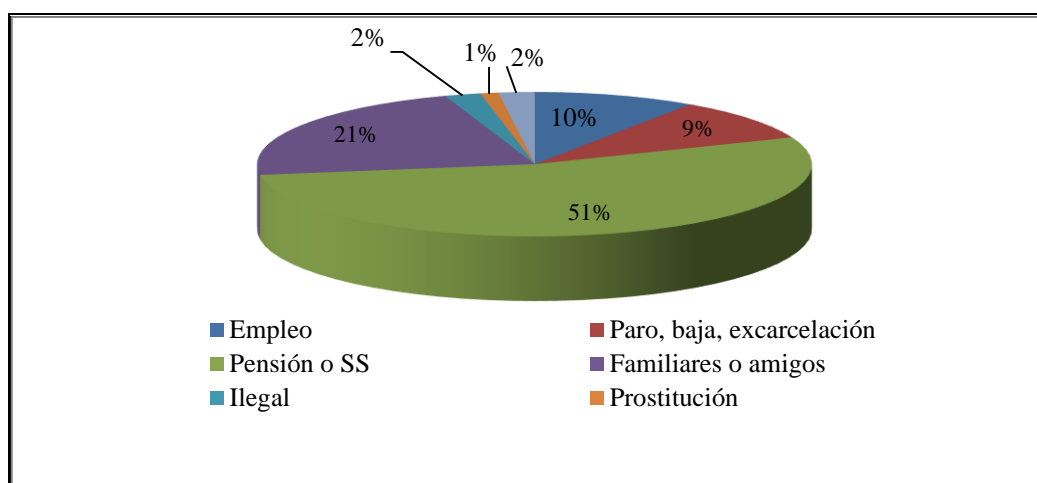
Gráfico 9.3. Porcentaje de participantes en función de la última ocupación.



Una vez observada la última ocupación de la muestra de participantes, se analiza la principal fuente de ingresos en el último mes, previo al ingreso en el recurso donde realizan tratamiento.

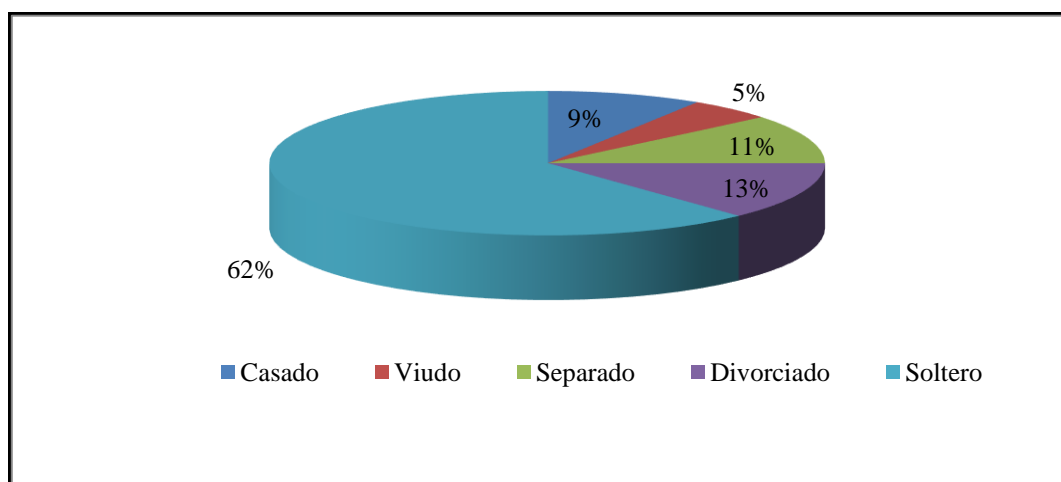
En el Gráfico 9.4, en función de la principal fuente de ingresos, el mayor porcentaje de participantes se beneficia de ayudas y pensiones sociales (51%), seguido de ayudas o apoyos económicos a nivel familiar o por parte de amigos más allegados (21%), situándose en tercer lugar, los que tienen empleo (10%) y los que se benefician de las ayudas por situación de excarcelación (9%). En mínimos porcentajes se muestran los participantes que se mantienen mediante actividades de prostitución, ilegales u otras.

Gráfico 9.4. Porcentaje de participantes en función de la principal fuente de ingresos en los últimos 30 días.



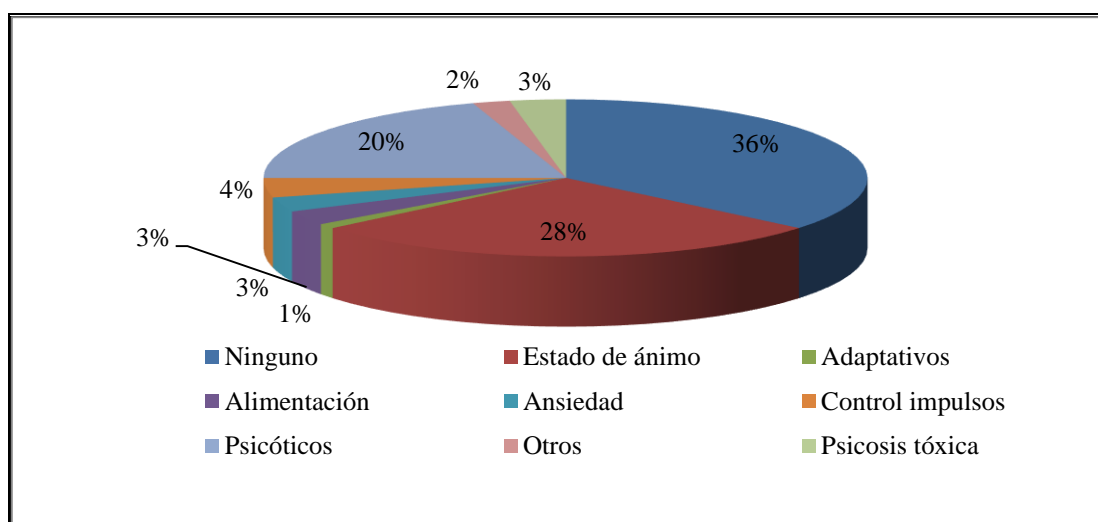
En cuanto al estado civil, más de la mitad de los participantes estaban solteros/as, encontrándose en segundo lugar relaciones finalizadas como el divorcio y separación en porcentajes similares, seguido de un grupo menor de participantes su estado civil es el matrimonio, siendo el menor porcentaje de participantes que se encuentran en estado de viudedad (Gráfico 9.5).

Gráfico 9.5. Porcentaje de participantes en función de su estado civil.



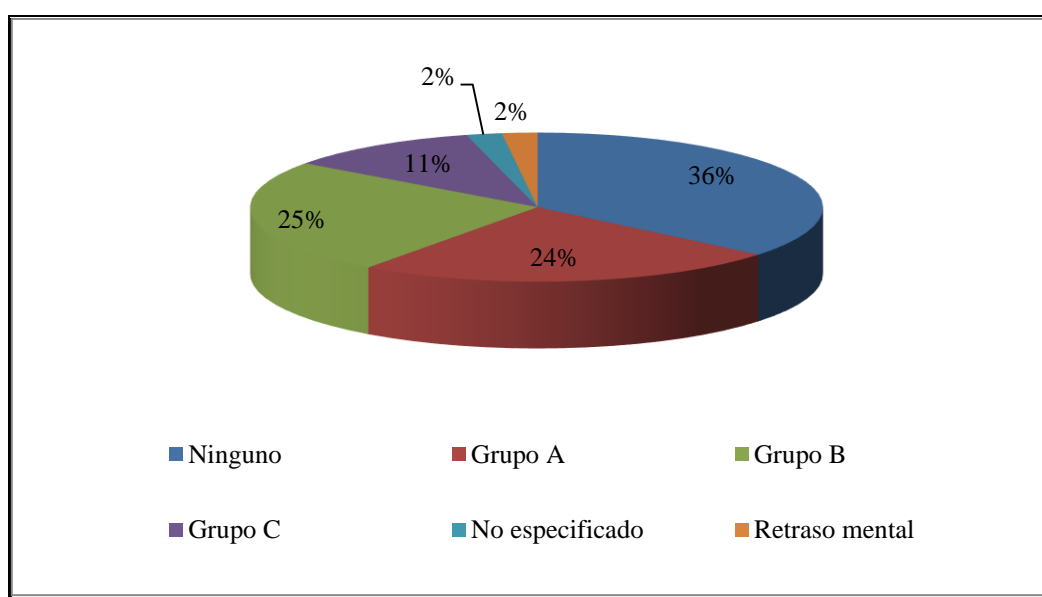
Si atendemos al diagnóstico clínico presente según el DSM-IV-TR (APA, 2002) en la muestra de participantes al inicio o llegada al recurso, como puede apreciarse, con respecto al diagnóstico clínico presente en el Eje I, el mayor porcentaje de participantes no presenta diagnóstico (36%), le sigue en segundo lugar, con una presencia del 28% el Trastorno del Estado de Animo, y en tercer lugar, en un 20% el grupo con diagnóstico de Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. En menores porcentajes podemos observar a los que presentan Trastornos por control de impulsos, trastornos de ansiedad, de adaptación, psicosis tóxica, de la alimentación, y otros (Gráfico 9.6).

Gráfico 9.6. Porcentaje de participantes en función del diagnóstico clínico en el Eje I.



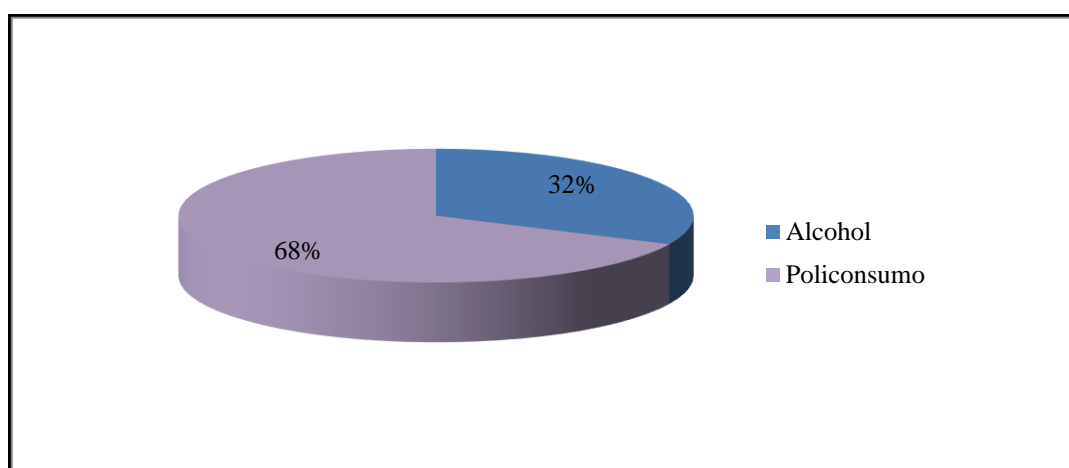
A continuación como puede apreciarse en el Gráfico 9.7, en relación a los trastornos del Eje II, tenemos que un 36% de los participantes no presentan diagnóstico en el Eje II. Como más habitual en drogodependientes se encuentran los Trastornos del Cluster A (24%) y B (25%), de entre ellos los más habituales son antisocial y límite, seguido de los Trastornos de Personalidad del Cluster C (11%) , situándose como menos habituales aunque presentes, los Trastornos No Especificados de la Personalidad (2%) y el Retraso Mental (2%).

Gráfico 9.7. Porcentaje de participantes en función del diagnóstico clínico en el Eje II.



Continuando con el diagnóstico clínico, y en relación a la sustancia principal que presentan los participantes de la muestra que acceden al recurso, lo más habitual es presentar un diagnóstico de dependencia mixta o policonsumo (68%) donde se torna difícil establecer cuál es la sustancia principal, es menos habitual el monoconsumo, en este caso, un 32% de la muestra consume alcohol como sustancia principal (véase el Gráfico 9.8.).

Gráfico 9.8. Porcentaje de participantes en función de la sustancia principal.



Referente a los años de consumo de los participantes de la muestra a lo largo de la vida, se observa que la muestra ha consumido una media de unos 8 años alcohol en grandes cantidades junto con los que consumen tranquilizantes o ansiolíticos, 7 años de media los que consumen cocaína, le sigue los que consumen una media que tiende a los 6 años en el caso del cannabis, 4 años los que han consumido heroína, metadona una media de 2 años y por último, 1 año de consumo de anfetaminas (Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Años de consumo a lo largo de la vida y días de consumo en el último mes.

SUSTANCIA	Años vida	Días último mes
Alcohol grandes cantidades	8,35 (7,70)	4,88 (7,65)
Heroína	4,14 (5,64)	0,51 (3,06)
Metadona	2,08 (3,60)	5,10 (11,06)
Tranquilizantes o ansiolíticos	8,25 (6,92)	16,07 (14,31)
Anfetaminas	0,85 (1,45)	0 (0)
Cocaína	6,99 (5,25)	3,14 (7,26)
Cannabis	5,59 (5,61)	3,37 (6,57)

Nota: los datos que aparecen se refieren a la media y entre paréntesis desviación típica

Se analiza la media de días de consumo en los últimos 30 días, 16 días han tomado tranquilizantes o ansiolíticos, 5 días metadona, 5 días de consumo de alcohol en grandes cantidades en el último mes, 3 días consumo de cocaína y cannabis cada uno, 1

día heroína y ningún día en el caso de días de consumo en los últimos 30 días de anfetaminas en la muestra estudiada (véase Tabla 9.1).

9.1.2. Dispositivos de partida de la población drogodependiente y de acceso al recurso de intervención

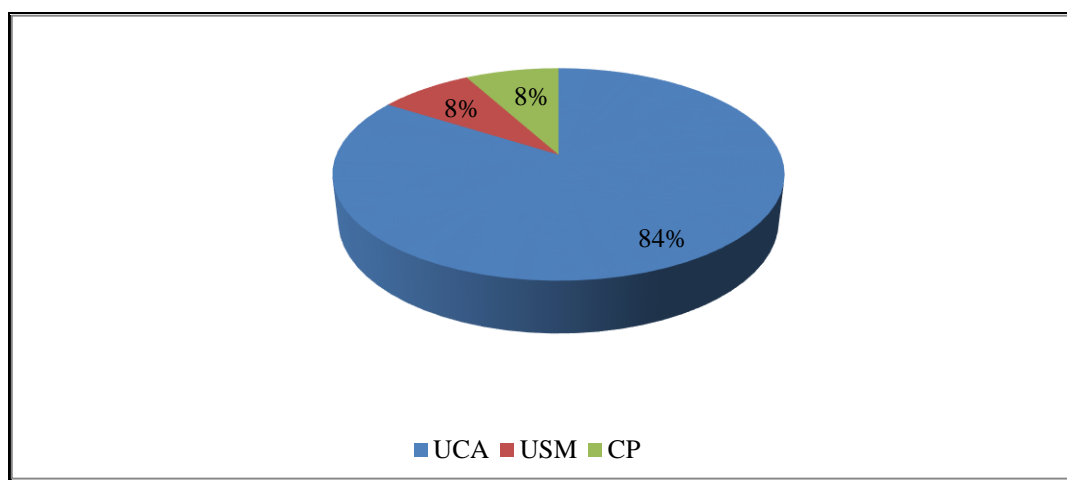
En cuanto al recurso de procedencia de los participantes en el tratamiento en el recurso residencial, la mayoría provienen del Unidad de Conductas Adictivas de Talavera (17%), seguido del de Ciudad Real (14%) y Toledo (14%) y del de Cuenca (11 %), siendo menores los porcentajes del resto de las UCAS, Unidades de Salud Mental (USM), de los Centros penitenciarios (Ocaña I, Ocaña II y Herrera de la Mancha).(Tabla 9.2).

Tabla 9.2. Porcentajes del recurso de procedencia.

RECURSO	%
UCA Alcázar	5
UCA Albacete	8
UCA Almansa	3
UCA Ciudad Real	14
UCA Cuenca	11
UCA Guadalajara	8
UCA Puertollano	4
UCA Talavera	17
UCA Toledo	14
USM Hellín	7
USM Toledo	1
CP Ocaña I	4
CP Ocaña II	2
CP Herrera de la Mancha	2

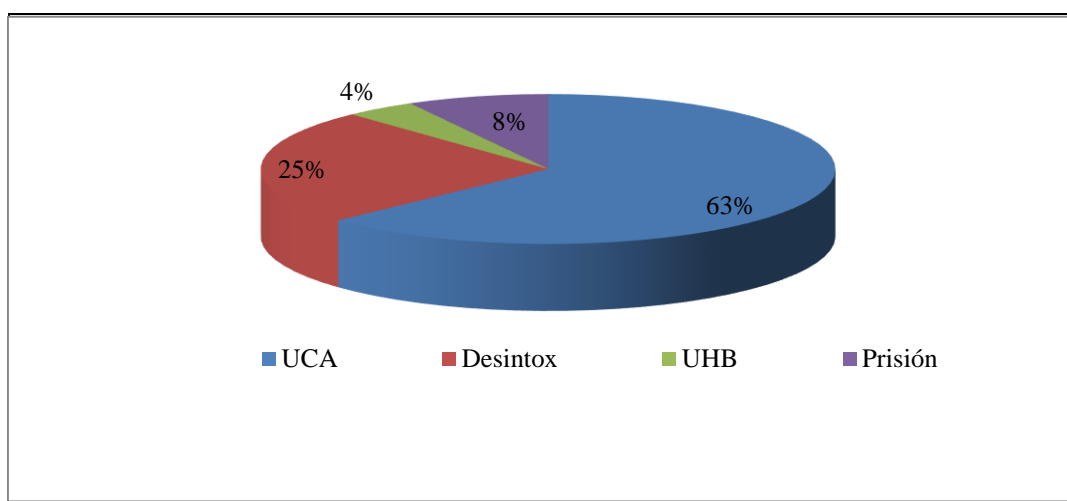
Para una visión más clara agrupando los distintos recursos, en el Gráfico 9.9 se observa que casi la totalidad de los ingresos procedentes de otros recursos son por parte de las Unidades de conductas adictivas, seguido de lejos y en igual proporción de casos, los que ingresan derivados de las Unidades de Salud Mental y de los Centros penitenciarios de la comunidad de Castilla La Mancha.

Gráfico 9.9. Porcentaje de ingresos de los participantes que provienen de los recursos de derivación



Por último, para terminar de definir la muestra de participantes de este estudio, se parte del interés de conocer el último recurso que es utilizado de forma mayoritaria en el último mes antes del inicio del tratamiento en el recurso objeto de estudio, donde más de la mitad de ellos han utilizado la Unidad de Conductas Adictivas (UCA), en segunda lugar han realizado desintoxicación hospitalaria, en tercer lugar han estado en un Centro penitenciario o prisión y en último lugar los participantes que han utilizado el servicio de hospitalización breve (Gráfico 9.10.).

Gráfico 9.10. Último recurso que ha utilizado de forma mayoritaria en el último mes.



Nota: Unidad de Conductas Adictivas (UCA); Desintoxicación hospitalaria (Desintox.); Unidad de Hospitalización Breve (UHB); Centro penitenciario de internamiento (Prisión).

9.2. Diseño

Se parte de un diseño prospectivo transversal donde la muestra de participantes se sitúa en un momento inicial dentro del proceso de deshabituación, a lo largo del primer mes de tratamiento y donde se recogen los resultados de la evaluación pretratamiento, lo que va a determinar la existencia de diferentes tipos o perfiles de drogodependientes. También es un diseño longitudinal, al evaluar a todos los participantes en dos momentos temporales distintos (al mes y a los seis meses) para analizar el efecto del programa de intervención dentro del tratamiento residencial.

Para el primer estudio, las variables dependientes relevantes serían las 20 variables seleccionadas que aparecen agrupadas en tres áreas: sociodemográficas, de consumo y gravedad (Figura 9.1).

Figura 9.1: Variables dependientes seleccionadas para la clasificación en grupos de consumidores.

Sociodemográficas	Género Edad Años de educación (básica + superior) Principal fuente de ingresos último mes ^A
Consumo	Sustancia principal ^B Tipo de recurso mayoritario último mes ^C Años de consumo a lo largo de la vida de alcohol: grades dosis Años de consumo a lo largo de la vida de heroína Años de consumo a lo largo de la vida de metadona Años de consumo a lo largo de la vida de benzodiacepinas Años de consumo a lo largo de la vida de anfetaminas Años de consumo a lo largo de la vida de cocaína Años de consumo a lo largo de la vida de cannabis
Gravedad	Problemas médicos Problemas con el empleo/soportes Problemas con el alcohol Problemas con las drogas Problemas legales Problemas familiares/sociales Problemas psicológicos

^A Consta de cuatro categorías: 1) empleo, 2) pensión, seguridad social, paro u otras ayudas sociales, 3) familiares o amigos y 4) Otras fuentes (ilegal, prostitución, etc.).

^B Consta de dos categorías: 1) alcohol y 2) policonsumo.

^C Consta de cuatro categorías: 1) Unidad de Conductas adictivas (UCA); 2) Desintoxicación Hospitalaria (Desintox.); 3) Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y 4) Centro de Internamiento penitenciario (Prisión).

Estas variables proceden del EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan et al., 1992; adaptación española de Bobes et al., 1996), entrevista semiestructurada realizada para aportar información sociodemográfica y sobre aspectos de la vida del drogodependiente relacionados con temas médicos, de empleo/soportes, con alcohol y drogas, legales, familiares/sociales y psicológicos.

Para el segundo estudio, para establecer diferencias entre tipologías halladas en base a las hipótesis planteadas se consideran como variables dependientes las respuestas dadas por los participantes del estudio en los cuestionarios aplicados al mes de iniciar el tratamiento en el recurso residencial y que aparecen agrupadas en dos áreas: motivacionales y psicológicas, y la variable independiente sería el grupo de pertenencia, es decir, los dos grupos que provienen del análisis de conglomerados del primer estudio denominados Tipo I y Tipo II (Figura 9.2).

Figura 9.2: Variables dependientes motivacionales y psicológicas seleccionadas para la diferenciación tipológica de consumidores

Motivacionales	<p>Evaluación del cambio: precontemplación, contemplación, actuación y mantenimiento.</p> <p>Procesos de cambio: Aumento de concienciación, auto-liberación, liberación social, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, contracondicionamiento, control estimular, manejo de contingencias, relieve dramático, relaciones de ayuda, procesos cognitivo-emocionales, y procesos conductuales.</p> <p>Balance decisional: Pros y contras.</p> <p>Autoeficacia percibida: Tentación y confianza.</p> <p>Deseo de consumo</p>
Psicológicas	<p>Agresión: física, verbal, irascibilidad y hostilidad.</p> <p>Impulsividad: cognitiva, no planeada, motora y total.</p> <p>Sintomatología general: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo e índice general de síntomas.</p> <p>Personalidad: dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial.</p>

En el tercer estudio, para la evaluación la respuesta al programa de tratamiento psicológico aplicado, en base a las hipótesis planteadas, se seleccionan las siguientes variables dependientes agrupadas en tres áreas: gravedad, motivacionales y psicológicas, y las variables independientes serían el grupo o conglomerado de pertenencia y el momento de la evaluación (al mes y seis meses) (Figura 9.3).

Figura 9.3. Variables dependientes seleccionadas para evaluar la respuesta al programa de tratamiento psicológico aplicado

Gravedad	Problemas médicos Problemas con el empleo/soportes Problemas con el alcohol Problemas con las drogas Problemas legales Problemas familiares/sociales Problemas psicológicos
Motivacionales	Evaluación del cambio: precontemplación, contemplación, actuación y mantenimiento. Procesos de cambio: Aumento de concienciación, auto-liberación, liberación social, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, contracondicionamiento, control estimular, manejo de contingencias, relieve dramático, relaciones de ayuda, procesos cognitivo-emocionales, y procesos conductuales. Balance decisonal: Pros y contras. Autoeficacia percibida: Tentación y confianza. Deseo de consumir
Psicológicas	Agresión: física, verbal, irascibilidad y hostilidad. Impulsividad: cognitiva, no planeada, motora y total. Sintomatología general: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo e índice general de síntomas. Personalidad: dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial.

9.3. Protocolo de evaluación

La selección, recogida de datos, así como la administración de las entrevistas y cuestionarios ha sido realizada por la autora de la presente tesis doctoral que cuenta con la formación, entrenamiento en administración de instrumentos de evaluación y experiencia clínica necesarios para asumir esta responsabilidad de manera profesional, ética y técnicamente adecuada, y que desempeña su labor profesional desde hace más de diez años en el recurso de tratamiento a drogodependientes El Alba, de donde procede la muestra clínica objeto del presente estudio

Haciendo referencia a los criterios generales de la investigación, se seleccionó una serie de instrumentos de evaluación adaptados y validados que recogen información acerca de las variables relevantes para poner a prueba las hipótesis planteadas.

El protocolo de evaluación era más amplio inicialmente pero para este estudio se utilizaron los instrumentos relevantes a las variables estudiadas como el Índice de gravedad de la adicción para explorar las distintas áreas personales del individuo (EuropASI, Kokkevi y Hartgers, 1995), valorar el estadio de motivación en el que se encuentran con la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA, McConaughy et al. 1983), así como los procesos de cambio tanto cognitivos como conductuales presentes mediante el Inventario de Procesos de Cambio (IPC, Tejero y Trujols, 1988), el deseo de consumo presente a través del Cuestionario de Deseo de consumo (CDB, Jiménez, 2005), y el conflicto decisional mediante el Cuestionario de Balance decisional (BD, Tejero y Trujols, 1994) y también se exploran las expectativas de autoeficacia mediante la Escala de Autoeficacia (SES, Prochaska et al., 1993). En segundo lugar, se evalúan variables psicológicas como la impulsividad utilizando la Escala de Impulsividad (BIS-11, Oquendo et al., 2001), la variable agresión mediante el Cuestionario de Agresión (AQ, Andreu et al., 2002) sintomatología general como ansiedad, depresión, síntomas psicóticos, etc. Mediante el Inventario de Evaluación Clínica de Síntomas de Psicopatología (SCL-90-R, Derogatis, 1983) y variables de la personalidad mediante El cuestionario para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II, First et al. 1999).

Estos instrumentos se encuentran detallados en la Figura 9.4.

Figura 9.4. Protocolo de evaluación utilizado en los dos momentos de evaluación.

Instrumentos de evaluación	Pretratamiento (evaluación inicial)	Postratamiento (seis meses después)
<u>Variables generales sociodemográficas y de gravedad de consumo:</u>		
1.Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI, Bobes et al., 1996).	X	X
<u>Variables motivacionales:</u>		
2.Escala De Evaluación Del Cambio De La Universidad de Rhode Island (URICA, Tejero y Trujols, 1994).	X	X
	X	X
3.Inventario de Procesos de Cambio (IPC, Tejero y Trujols, 1988).	X	X
	X	X
4.Cuestionario de Balance Decisional (BD, Tejero y Trujols, 1994).	X	X
5.Escala De Autoeficacia (SES, Velicer et al., 1993)		
6. Cuestionario de deseo de consumo (CDB, Jiménez et al., 2009).	X	X
	X	X
<u>Variables Psicológicas:</u>	X	X
7. Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11, Oquendo et al., 2001).	X	X
	X	X
8. Cuestionario de agresión (AQ, Andreu et al., 2002).		
9.Inventario de Evaluación Clínica de síntomas de Psicopatología (SCL-90-R, Derogatis, 1983)		
10. Cuestionario para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II, First et al. 1999).		

A continuación se expone brevemente cada uno de los instrumentos utilizados en esta investigación (para más información diríjase al lector a la lectura del capítulo cuarto sobre los Fundamentos de evaluación en drogodependencias y Anexo I del presente estudio):

1. *El Índice Europeo de Gravedad de la Adicción* (Europasi; Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan et al., 1992; adaptación española de Bobes et al., 1996).La versión

europea del ASI y la Guía-Manual de Entrenamiento y Administración del EuropASI (Bobes et al., 1996; Guerra, 1992) son una adaptación de la 5ª versión del Manual del ASI (Fureman, Parikh, Bragg y McLellan, 1990).

El EuropASI es un instrumento heteroaplicado, una entrevista breve y semiestructurada que proporciona información respecto a distintas áreas de la vida del paciente relacionado con el trastorno de sustancias que presenta. La entrevista consta de 7 áreas independientes entre sí y que recogen aspectos relevantes a la situación médica (16 ítems), laboral/soportes (26 ítems), consumo de alcohol y de otras drogas (28 ítems), situación legal (23 ítems), situación familiar/social (26 ítems) y del estado psicológico/psiquiátrico (22 ítems).

Las áreas problema contienen dos tipos de ítems, ítems objetivos sobre la situación actual y un conjunto de ítems subjetivos sobre la importancia de los problemas referidos en la entrevista objetiva y del tratamiento para los mismos.

En relación a las preguntas subjetivas del EuropASI, cabe decir que son semejantes en todas las áreas de la entrevista, y son contestadas por el paciente utilizando una escala Likert de 5 puntos denominada escala de evaluación del paciente (0: en absoluto; 1: ligeramente; 2: moderadamente; 3: considerablemente; 4: extremadamente). Por *gravedad* se entiende la necesidad de tratamiento o grado con el que es necesario algún tipo de intervención efectiva independientemente de que el tratamiento esté disponible o incluso exista. Esta puntuación de gravedad puede oscilar entre 0 y 9:

0-1: no existe problema real, el tratamiento (ayuda, diagnóstico) no está indicado. La variable es recodificada dando el valor “0”.

2-3: problema leve, probablemente no es necesario tratamiento (ayuda, diagnóstico). Se recodifica en “1”.

4-5: problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento (ayuda, diagnóstico). Se transforma en “2”.

6-7: problema considerable, tratamiento (ayuda, diagnóstico) necesario. La variable se recodifica en “3”.

8-9: problema extremo, tratamiento (ayuda, diagnóstico) absolutamente necesario. El resultado de la recodificación es “4”.

Este instrumento dispone de una valoración por parte del entrevistador de la veracidad de la información referida por el paciente, que proporciona información sobre

la calidad de la entrevista y comprensión /distorsión de la realidad del individuo. La entrevista no dispone de puntos de corte, y donde se interpreta la existencia de mayor gravedad de la adicción a mayor puntuación. La fiabilidad test-retest e inter-examinadores es alta (valores medios para ambas puntuaciones totales de 0,78 y 0,88. respectivamente). Los dos coeficientes de consistencia interna son altos y similares a los que aportan otros autores en estudios comparables (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Pulido, 2002).

2. *Evaluación de los Estadios de Cambio* (URICA, DiClemente et al., 1991; Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska et al., 1994; Tejero y Trujols, 1994), (versión genérica: drogas). Este cuestionario, siguiendo el modelo de Prochaska y Diclemente, ubica al paciente en cada una de las etapas de cambio en la que se encuentra: Precontemplación (PC): individuos en consumo activo que no consideran seriamente dejar su uso en los próximos 6 meses, contemplación (C): individuos que pueden encontrarse en consumo activo y que están considerando seriamente dejar el consumo en los próximos 6 meses, preparación al cambio (P): individuos que en la actualidad se encuentran en consumo activo que se plantean dejar el consumo en los próximos 30 días y que han estado abstinentes por un período de al menos 24 horas durante el año anterior, acción/Actuación (A): individuos no consumidores en la actualidad y con una abstinencia inferior a 6 meses y mantenimiento (M): individuos que no se hallan en consumo activo y que cuentan con una abstinencia superior a 6 meses.

Rossi et al. (1992) aportan datos respecto a la fiabilidad de una versión reducida de 16 ítems del URICA: Precontemplación ($\alpha = 0,60$), contemplación ($\alpha = 0,75$), acción ($\alpha = 0,77$) y mantenimiento ($\alpha = 0,70$). En su estructura factorial presenta una elevada consistencia interna, así como evidencias de muy buena confiabilidad y validez de constructo. En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad alpha en el cuestionario URICA, para la escala Precontemplación fue 0,50, para la escala de Contemplación fue de 0,70, escala de Actuación fue de 0,78 y para la de Mantenimiento fue de 0,74.

3. *Inventario de Procesos de Cambio* (IPC, Diclemente et al., 1991; Prochaska, Velicer, Diclemente y Fava, 1988; Tejero y Trujols, 1988, 1994; Tejero, Trujols y Hernández., 1990), (versión genérica: drogas) Autoinforme de 40 ítems que consta de diez subescalas (4 ítems por cada una) que corresponde a los diez procesos de cambio) desarrollado a partir del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente, y elaborado a partir de un inventario de procesos de cambio para fumadores (DiClemente y Prochaska, 1982; DiClemente et al., 1991; Prochaska et al., 1988). El propósito de

este instrumento reside en identificar los procesos de cambio utilizados por un individuo con abuso de sustancias lo que puede mostrar en qué etapa de cambio se sitúa y qué estrategias son necesarias a aplicar por parte del clínico en la intervención. En este estudio, se ha realizado una adaptación sustituyendo las diferentes sustancias de consumo por el término genérico droga. Cada subescala consta de 4 ítems con puntuaciones entre 0 y 12. Las diferentes subescalas son (Prochaska y DiClemente, 1986): Aumento de la concienciación, relieve dramático, reevaluación ambiental, liberación social, autorreevaluación, autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos

Con respecto a las propiedades psicométricas, presentan una buena consistencia y validez interna, lo que implica una buena validez discriminativa (Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992). En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad α en los procesos de cambio, para la escala cognitivo-emocional fue de 0,73 y para la escala conductual fue de 0,72.

4. *Cuestionario de Balance Decisional* (BD, Prochaska, 1994; Tejero et al., 1993; Tejero y Trujols, 1994) (versión genérica: drogas). Es un autoinforme que evalúa el conflicto o balance decisional en relación con el cese del consumo de drogas. Esta escala surge a partir de un autoinforme construido para fumadores dependientes de nicotina (Velicer et al., 1985). En este estudio, se ha realizado una adaptación utilizando el término genérico droga en lugar de hacer referencia a cada una de las diferentes sustancias. Consta de dos subescalas, de los pros o beneficios del consumo que consta de diez ítems y la de los contras o perjuicios del consumo de sustancias. La valoración de cada ítem se realiza mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos (0: no estoy nada de acuerdo; 1: estoy algo de acuerdo; 2: estoy bastante de acuerdo; 3: estoy muy de acuerdo; 4: estoy totalmente de acuerdo). La máxima puntuación en cada subescala es 40.

En relación a las propiedades psicométricas del cuestionario parecen obtenerse buenos resultados con respecto a la consistencia interna. En un estudio relativo a dependientes a cocaína, los resultados muestran una consistencia interna entre 0,80-0,86 para la subescala de pros y 0,82-0,87 para la de contras (Prochaska et al., 1994). En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad α para el balance decisional en la escala de los Pros fue de 0,72 y para la escala de los Contras fue de 0,57.

5. *Escala de Autoeficacia* (SES, Rossi, 1992; Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990; Velicer et al., 1993), (versión genérica: drogas). La autoeficacia

parece ser un constructo de gran utilidad clínica en drogodependencias (Burling, Reilly, Moltzen y Ziff, 1989; Gossop, Green, Phillips y Bradley, 1990). Este instrumento ha sido aplicado en el proceso de deshabituación tabáquica. Existen distintas versiones que se diferencian en las situaciones específicas planteadas y en el número de ítems, como por ejemplo el *Self-Efficacy Questionnaire* (DiClemente, 1981) y *Smoking Self-Efficacy Questionnaire* (Colletti, Supnick y Payne, 1985). Se ha realizado una traducción de la SES utilizando de forma genérica el término droga. La escala consta de 30 ítems que evalúan el grado de tentación de consumo y de confianza de no consumir drogas. Las preguntas de la escala original hacen referencia a cinco constructos: situaciones afectivas negativas, situaciones sociales positivas, ítems acerca de deseo y hábitos de consumo, situaciones y, por último, la evaluación del control personal. La estructura factorial parte de un trabajo previo con población fumadora (Velicer et al., 1993) y de entrevistas que valoran situaciones que eliciten la conducta adictiva (Marlatt y Gordon, 1985). La escala consta de 30 + 30 ítems (tentación + confianza) que son evaluados mediante una escala Likert de 5 puntos (1: nada; 2: no mucha; 3: moderada; 4: mucha; 5: extrema), siendo la puntuación máxima en cada subescala de 150. En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad *alpha de Cronbach* para la autoeficacia percibida en la escala de tentación fue de 0,94, en confianza fue de 0,94 y en la escala total fue de 0,80.

6. *Cuestionario sobre el deseo de consumir* (versión genérica: alcohol-modificada: drogas) Los autores Jiménez, Graña, Montes y Rubio (2009) presentan un escala de deseo de consumo de alcohol desde una perspectiva multidimensional, Escala de alcohol (ACS-3F) que contempla tres factores (refuerzo positivo, refuerzo negativo y dificultad de control) y evalúa el último periodo de consumo intenso, lo que ayuda al clínico a la planificación del tratamiento en función del factor del deseo que predomine. Parten de un total de 42 ítems (que posteriormente se reduce a 33 ítems) que relacionan los deseos o ansias del consumo de alcohol con obtención de recompensa, alivio de malestar y la dificultad de evitar el consumo (14 ítems para cada una de las categorías) utilizando una escala Likert con cuatro alternativas de respuesta: nunca=0, raramente=1, frecuentemente=2 y siempre=3 donde el sujeto debe puntuar la frecuencia del deseo de consumo dos semanas antes del tratamiento.

Con respecto a la fiabilidad de la escala o consistencia interna de los 33 ítems ofrece un coeficiente alpha de Cronbach de 0,94, siendo la consistencia interna de cada una de las subescalas entre sus ítems de 0,90 para la dificultad de control, 0,91 para el

refuerzo positivo y 0,88 para el refuerzo negativo. La especificidad y sensibilidad para las tres subescalas y la puntuación total supera el 70%. El análisis establece puntos de corte de 64,5 para el deseo total, 22,5 para la escala de dificultad de control, 15,5 para el refuerzo negativo y 26,5 para el refuerzo positivo. La versión genérica de alcohol se ha modificada para ser adaptado al consumo de drogas en general. En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad alpha en el cuestionario de deseo de consumo para la escala total fue de 0,90.

7. *Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11, Barratt y Patton, 1993, Patton, Stanford, y Barratt, 1995, adaptación española de Oquendo et al., 2001)*. Esta escala consta de 30 ítems y 3 subescalas: impulsividad cognitiva (dificultad para concentrarse, pensar o reflexionar sobre lo que sucede y en relación a la velocidad de pensamiento), impulsividad motora (dificultad controla la hora de pensar o hacer algo, incluso para mantenerse quieto) y, por último, impulsividad no planeada (relativo a la planificación previa o con antelación, así como la dificultad para demorar el placer o la gratificación). Las escalas se puntúan como: raramente o nunca (0), ocasionalmente (1), a menudo (3) y siempre o casi siempre (4). Se ha traducido a multitud de idiomas, con datos psicométricos de fiabilidad y validez variable debido a las distintas traducciones, sugiriendo cautela en las interpretaciones. La versión española de este instrumento muestra unas propiedades adecuadas buenas, con un coeficiente alfa de 0,75. En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente alpha de Cronbach, fue para la escala Cognitiva de 0,61, para la escala No planeada fue de 0,62, para la escala Motora fue de 0,67, y para la escala Total de 0,74.

8. *Cuestionario de Agresión (AQ, Buss y Perry, 1992; adaptación española de Andreu, Peña y Graña, 2002)*. Es un cuestionario de 29 ítems mide la agresividad y consta de 4 subescalas: Agresividad física, verbal, irascibilidad y hostilidad. Este instrumento constituye una de las pruebas de auto-informe más avalada para la medición específica de dos tipos de agresión: agresión física y verbal. La consistencia interna para las 4 subescalas y la puntuación total, va de 0,72 para la escala de agresión verbal hasta 0,89 para la puntuación total. Con respecto a la fiabilidad test-retest, las correlaciones van de 0,72 para la subescala de ira hasta 0,80 para la de agresión física (Buss y Perry, 1992). Andreu et al. (2002) replicaron el modelo con coeficientes de viabilidad buenos para la escala total de 0,88 como para la agresividad física 0,86, e ira de 0,77, con valores menores en las escalas de agresividad verbal 0,68 y hostilidad de

0,72. En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha de Cronbach*, para agresividad física fue de 0,87, en agresión verbal fue 0,66, en irascibilidad 0,74 y en hostilidad 0,55.

9. *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado* (SCL-90-R, Derogatis, 1975, 1983, 2002). Adaptación para la población española realizada por el equipo de González De Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Rubio, 2002). Es un instrumento autoaplicado donde se presenta un listado de 90 síntomas a valorar mediante una escala Likert de 5 puntos (0: no en absoluto; 1: un poco; 2: moderadamente; 3: bastante; 4: mucho). Del total de ítems, 83 se refieren a 9 dimensiones primarias psicopatológicas y hay 7 ítems restantes (adicionales) que no se encajan en ninguna escala primaria. Las dimensiones son: somatización, obsesión-Compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo. También comprende ítems adicionales referidos a síntomas misceláneos. Este cuestionario también proporciona tres índices globales: Índice Global de Gravedad (GSI), Total de Síntomas Positivos (PST) e Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI).

En cuanto a las propiedades psicométricas del cuestionario, mediante el método de las dos mitades y el cálculo de coeficientes de consistencia interna, los coeficientes oscilaron entre 0,80 y 0,90 al igual que en la investigación realizada por Derogatis (1983). En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad *alpha* en la escala Somatización fue de 0,87, para la escala de Obsesión-compulsión 0,86, para Sensibilidad interpersonal fue de 0,84, para Depresión fue de 0,88, para Ansiedad fue de 0,88, para Hostilidad fue 0,82, para Ansiedad fóbica 0,79, para Ideación paranoide fue de 0,66, para Psicoticismo 0,84, y por último, para la escala GSI fue de 0,97.

10. *Cuestionario para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV* (SCID- II, First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1997; First et al., 1999). La entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de 10 trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (APA, 1994), además del Trastorno depresivo de la personalidad y el pasivo-agresivo (incluidos en el Apéndice B del DSM.IV), aunque actualmente no figuran estos dos últimos. La utilidad del SCID-II reside en la formulación de diagnóstico del Eje II, tanto de forma categorial como dimensional, permitiendo ser usado tanto en el campo de la investigación como de la práctica clínica. Esta entrevista dispone de un Cuestionario de Personalidad auto

cumplimentado que es el que ha sido aplicado en esta investigación. El cuestionario de Personalidad se presenta como herramienta de selección o cribado que reduce el tiempo para llevar a cabo la entrevista. El cuestionario consta de 119 ítems y se puede cumplimentar en unos 20 minutos aproximadamente requiriendo un nivel de lectura de 8º curso de enseñanza básica (según la fórmula de Flesch-Kincaid). En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad alpha para la SCID utilizado para las distintas escalas fue de 0,66 en Evitación, para Dependencia fue 0,52, para Obsesivo-compulsivo 0,42, para la escala Pasivo-agresivo de 0,58, 0,54 para la Depresiva, 0,58 Paranoide, fue de 0,74 para la Esquizotípica, 0,50 para Esquizoide, 0,55 para la escala Histriónica, 0,70 para la Narcisista, 0,77 para la escala Límite, y por último, 0,87 para la escala Atisocial.

9.4. Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo para posibilitar el estudio actual de investigación se realizó en el Centro de Drogodependientes El Alba, y se inicia con la admisión a tratamiento de los sujetos que tras valoración y derivación de los recursos externos que trabajan dentro de la red asistencial de salud mental y drogodependencias (para profundizar sobre este aspecto de acceso al recurso, consultar el capítulo 6 de este trabajo).

En la Figura 9.5 se detallan las fases del programa de investigación que se lleva a cabo a lo largo del tratamiento y que se especifican a continuación.

Figura 9.5. Resumen de las distintas fases del programa de investigación

Fase de pre tratamiento de evaluación al mes	Programa de tratamiento	Fase Pos tratamiento de evaluación a los 6 meses
4-5 sesiones con una sesión semanal de 60 minutos	Seis meses de tratamiento integral farmacológico, de salud, psicológico y educativo Tratamiento psicológico individual y grupal Grupo psicoterapéutico (Motivación al cambio)	A los seis meses de tratamiento 4-5 sesiones con una sesión semanal de 60 minutos Tras esta fase no implica necesariamente la finalización del tratamiento.

Fase de evaluación pretratamiento

Tras su ingreso y durante el primer mes de estancia en el recurso se procedió a realizar las entrevistas iniciales necesarias para configurar el *Plan de Tratamiento Individual* (PIT) (ver anexo) elaborado por el equipo de profesionales que desempeña su labor profesional en el centro de tratamiento.

Durante este primer mes, se administró de forma individualizada la entrevista de El índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI, Bobes, González, Sáiz, Bousoño, 1996) en dos sesiones para cada participante, y los diferentes cuestionarios elegidos en sesiones de una hora de duración a nivel grupal un día a la semana.

En un primer momento en las sesiones grupales de administración de cuestionarios, se procedió a entregar un consentimiento informado a cada uno de los pacientes donde se informaba que la participación era totalmente voluntaria, donde se les garantizaba el anonimato, la absoluta confidencialidad de los datos personales y que a partir de los datos extraídos se podrían fundamentar algunos de los objetivos de tratamiento del *Plan Individualizado de Tratamiento*, así como la posibilidad de que los datos derivados pudieran tener fines de investigación. Por último, se solicitó la mayor sinceridad posible en sus respuestas en aras de extraer conclusiones fiables para su propio tratamiento en el centro.

Fase de intervención grupal

La fase de intervención grupal consta de 23 sesiones de 60 minutos de duración cada una, con grupos de 10-12 pacientes aproximadamente. La duración se encuentra programada para 6 meses aunque el desarrollo va en función de la participación y circunstancias del grupo. La intervención grupal sigue una orientación cognitivo-conductual junto a un enfoque motivacional, utilizando recursos disponibles en el grupo como reflexiones y debates entre los participantes, experiencias vivenciales (Role playing, relajación, etc.) y tareas entre sesiones. Por último, añadir que el tratamiento grupal consta de 4 módulos que engloban las 23 sesiones mencionadas (Figura 9.6).

Figura 9.6. Objetivos generales del programa de intervención grupal de Motivación al Cambio

MODULOS	OBJETIVOS GENERALES
<p>Módulo 1 Generando el contexto común</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesión 1: Qué es la motivación al cambio ✓ Sesión 2: Conceptos básicos en drogodependencias ✓ Sesión 3: Fases de la drogodependencia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Construir un clima adecuado para el buen funcionamiento de la terapia, estableciendo una visión positiva acerca de la posibilidad de cambio ✓ Toma de conciencia del paciente como protagonista del cambio, con la potencialidad y recursos necesarios para el cambio ✓ Información acerca de la drogodependencia para disminuir ideas equívocas ✓ Debate de creencias erróneas o mitos ✓ Empatizar acerca de la situación de cada uno para crear conciencia y pensamiento grupal.
<p>Módulo 2 Las sustancias de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesión 4: El alcohol ✓ Sesión 5: la cocaína y estimulantes ✓ Sesión 6: El cannabis ✓ Sesión 7. La heroína ✓ Sesión 8. Deseos de consumo y habilidades de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Información de cada una de las sustancias y consecuencias a corto y largo plazo en cada una de las áreas personales ✓ Comprender el papel que desempeñan las creencias erróneas, irracionales o mitos en el mantenimiento de la conducta adictiva ✓ Experiencias personales y análisis de las mismas ✓ Análisis de las salidas terapéuticas realizadas a lo largo del tratamiento
<p>Módulo 3 Motivación al cambio</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesión 9: Modelo transteórico del Cambio ✓ Sesión 10: Procesos de cambio ✓ Sesión 11-20: Los 10 procesos de cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprensión acerca de las etapas de cambio ✓ Comprensión acerca de los procesos necesarios para avanzar en cada una de las etapas ✓ Conciencia de la presencia de obstáculos o mantenimiento prolongado en alguno de ellos ✓ Facilitación de estrategias para el avance continuado
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Módulo 4 ✓ El arte de mantenerse ✓ Sesión 21-23: El arte de mantenerse 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprensión y autoresponsabilización en el mantenimiento ✓ Prevención de recaídas

Fase de evaluación postratamiento

A lo largo del sexto mes, se procedió a administrar la entrevista de seguimiento del EuropASI, en una sesión individual, y un segundo pase o aplicación de los cuestionarios utilizados en sesiones grupales de una hora de duración un día a la semana.

En varias ocasiones de la administración de los cuestionarios aplicados en grupo, estuvo presente (observación sin participación) una persona que realizaba prácticas de terapia ocupacional en ese momento en el centro de tratamiento.

En el pase de cuestionarios se siguió un orden aleatorio en la cumplimentación de los cuestionarios, evitando sesgos de fatiga, cansancio, pérdida de interés y horarios.

9.5. Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico *SPSS 19.0*. Se llevaron a cabo diferentes análisis en relación a los objetivos e hipótesis propuestos en este estudio. En primer lugar, se determinaron los índices de fiabilidad a través del coeficiente *Alpha* de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas en el estudio.

En relación al primer objetivo, se realizó un análisis de conglomerados en 2 fases, un procedimiento estadístico que permite encontrar agrupaciones de sujetos (*cluster*) mediante la utilización de distintas variables. Las variables que se incluyeron en el análisis de conglomerados fueron las medidas de las variables dependientes especificadas en el apartado de Diseño. A través de esta técnica, se pretende que cada caso particular quede clasificado en una de las categorías o conglomerados resultantes del análisis.

Tras ser encontrados los distintos conglomerados o tipos consumidores, se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes, para comprobar que efectivamente los tipos resultantes del análisis de conglomerados, difieren de manera significativa entre ellos en las variables cuantitativas utilizadas para hacer la tipología y una prueba *Chi-cuadrado* de Pearson para las variables categóricas.

En relación al segundo objetivo, para analizar los perfiles de tipos de consumidores en variables psicológicas, se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para muestras independientes y se tipificaron las puntuaciones (puntuaciones *Z*) para su

representación gráfica. Este análisis permite clasificar a la muestra en función de variables categóricas y continuas, con el objetivo de ver si existen distintos tipos de consumidores partiendo de las medidas en la fase inicial del programa de tratamiento para la totalidad de la muestra.

En relación al tercer objetivo, para evaluar el programa de tratamiento y observar los cambios entre el pre y el post-tratamiento en aquellas variables dependientes especificadas en el apartado de Diseño, se realizó un análisis (ANCOVA) de 2 factores con medidas repetidas en un factor (controlando la variable edad): un factor era el tiempo (pre-post) y el grupo de pertenencia (Tipo I y Tipo II), siendo el factor inter-grupo los tipos resultantes del análisis de conglomerados anterior, y el factor intra-grupo el momento de la evaluación, obteniendo además para cada tipo el tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) de esas diferencias.

CAPÍTULO 10. RESULTADOS

10.1. Primer estudio: Análisis de conglomerados

Los resultados del análisis de conglomerado muestran dos grupos de drogodependientes: un grupo de 29 participantes y otro grupo de 71 participantes. A continuación se muestran las diferencias existentes entre los grupos en las variables que han sido incluidas en el análisis de conglomerados, por un lado las variables categóricas (género, principal fuente de ingresos, sustancia principal y tipo de recurso) y, por otro, las variables continuas que han formado los conglomerados (edad, años de educación, años de consumo a lo largo de la vida en las sustancias consideradas y los indicadores de gravedad de la adicción).

En tercer lugar, se lleva a cabo un análisis de perfiles para determinar si existen diferencias entre ambos conglomerados en variables psicológicas también medidas en el pre tratamiento.

10.1.1. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en las variables categóricas

Los datos que se exponen a continuación muestran las diferencias entre los dos tipos de consumidores Tipo I y Tipo II en las variables que han sido incluidas en el análisis de conglomerados.

Como se puede observar en la Tabla 10.1, solo se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable sustancia principal de consumo ($\chi^2_{(1)}=86,80$, $p<.001$) donde el 100% conglomerado Tipo I tiene como sustancia principal el alcohol, mientras que el Tipo II presenta en un 95,8% policonsumo.

En cuanto al género, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos aunque la tendencia sigue en torno a un mayor porcentaje de varones del Tipo II frente a un menor porcentaje del Tipo I (76,1% frente a 65,5%), siendo esta tendencia inversa para el caso de las mujeres, con mayor presencia en el Tipo I que en el Tipo II (34,5% frente a 23,9%).

En relación a la principal fuente de ingresos (empleo, pensión u otras ayudas, familiares/amigos y otras fuentes) tampoco existen diferencias significativas, no

obstante, ambos Tipos I y II presentan un mayor porcentaje en pensión, desempleo u otras ayudas (69% y 64,8%) que en el resto de las distintas fuentes de ingresos. Aunque no llega a ser significativo, el Tipo I las medidas son superiores en los ingresos derivados del empleo que el Tipo II, en cambio la presencia es mayor en el Tipo II cuando se trata de beneficiarse de fuentes derivados de familiares y amigos, así como a través de fuentes ilegales.

Cabe destacar, que aunque las diferencias no sean significativas, en el Tipo I la tendencia es una mayor utilización del recurso de desintoxicación hospitalaria previa al ingreso (41,4% vs. 18,3%), mientras que en el Tipo II el mayor porcentaje ha utilizado la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) mayoritariamente antes del ingreso (69% vs. 48,3%). Un mayor porcentaje del Tipo II proviene de centros penitenciarios (véase Tabla 10.1).

Tabla 10.1. Diferencias en las variables categóricas entre Tipo I y Tipo II.

		Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	χ^2
Género	Hombre	65,5% (R.C.= -1,1)	76,1% (R.C.= 1,1)	1,16 ^a n.s.
	Mujer	34,5% (R.C.= 1,1)	23,9% (R.C.= -1,1)	
Principal fuente de ingresos	Empleo	6,9% (R.C.= 0,9)	2,8% (R.C.= -0,9)	2,60 ^b n.s.
	Pensión o S.S., paro u otras ayudas	69% (R.C.= 0,4)	64,8% (R.C.= -0,4)	
	Familiares o amigos	24,1% (R.C.= -0,3)	26,8% (R.C.= 0,3)	
	Otras fuentes (ilegal, prostitución, etc.)	0% (R.C.= -1,3)	5,6% (R.C.= 1,3)	
Sustancia principal	Alcohol	100% (R.C.= 9,3)	4,2% (R.C.= -9,3)	86,80 ^{a ***}
	Policonsumo	0% (R.C.= -9,3)	95,8% (R.C.= 9,3)	
Tipo de recurso^c	UCA	48,3% (R.C.= -1,9)	69% (R.C.= 1,9)	5,88 ^b n.s.
	Desintoxicación	41,4% (R.C.= 2,4)	18,3% (R.C.= -2,4)	
	UHB	3,4% (R.C.= -0,2)	4,2% (R.C.= 0,2)	
	Prisión	6,9% (R.C.= -0,3)	8,5% (R.C.= 0,3)	

Nota. Los valores de las columnas indican porcentajes; ^a $df = 1$; ^b $df = 3$; R. C. = Residuos corregidos; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

^c Consta de cuatro categorías: 1) Unidad de Conductas adictivas (UCA); 2) Desintoxicación Hospitalaria (Desintox.); 3) Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y 4) Centro de Internamiento penitenciario (Prisión).

10.1.2. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en las variables continuas

A continuación se muestran los datos que han resultado de las diferencias encontradas en los *clusters* Tipo I y Tipo II en las variables continuas que se muestran en la Tabla 10.2.

Se han encontrado diferencias significativas en las variables sociodemográficas en edad ($t_{(98)} = 3,99$, $p < .001$), siendo el Tipo I el que tiene una media de edad significativamente superior al Tipo II (43,31 vs. 36,70 años).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en las variables que muestran los años de consumo a lo largo de la vida en las siguientes sustancias. En la variable consumo de Alcohol en grandes dosis, se han hallado diferencias significativas ($t_{(98)} = 6,75$, $p < .001$), siendo el Tipo I el que tienen una media de años de consumo de Alcohol en grandes dosis significativamente superior al Tipo II (15,10 años vs. 5,59). Por el contrario, en la variable consumo de Heroína, se han hallado diferencias significativas ($t_{(98)} = -2,61$, $p < .05$), siendo el Tipo II el que tiene una media de años de consumo de heroína significativamente superior al Tipo I (5,06 años vs. 1,90). En la variable consumo de Metadona, se han hallado diferencias significativas ($t_{(98)} = -2,67$, $p < .01$), siendo el Tipo II el que tiene una media de años de consumo de metadona significativamente mayor al Tipo I (2,68 años vs. 0,62). Respecto a la variable consumo de Anfetaminas, se han encontrado diferencias significativas ($t_{(98)} = -2,95$, $p < .01$), siendo el Tipo II presenta una media mayor de años de consumo de anfetaminas significativamente superior al Tipo I (1,11 años vs. 0,21). Atendiendo a la variable consumo de Cocaína, se muestran diferencias significativas ($t_{(98)} = -4,16$, $p < .001$), mostrándose el Tipo II con una media de años de consumo de cocaína significativamente superior al Tipo I (8,28 años vs. 3,83). Por último, en relación a los años de consumo a lo largo de la vida, en la variable consumo de Cannabis se hallan diferencias estadísticamente significativas ($t_{(98)} = -3,21$, $p < .01$), donde se observa que el Tipo II presenta una media de años de consumo de cannabis superior al Tipo I (6,69 años vs. 2,90).

Continuando con los resultados encontrados al analizar las diferencias en las variables continuas entre los Tipo I y II, y en relación a los índices de gravedad de la adicción que lo constituyen las 7 áreas problema (rango de los índices de 0 a 9), se han hallado diferencias significativas en la variable Problemas con el alcohol ($t_{(98)} = 7,90$,

$p<.001$), donde el Tipo I muestra un índice significativamente mayor al Tipo II (7,90 vs.3,86). En el índice de gravedad de Problemas con las drogas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($t_{(98)} = -9,07$, $p<.001$), en el que el Tipo II en comparación al Tipo I presenta un mayor índice de gravedad (7,01 frente 3,38). Por último, se muestra que existen diferencias significativas en el Tipo I con respecto al Tipo II ($t_{(98)} = 2,02$, $p<.01$), en cuanto a los índices de gravedad obtenidos en el área de Problemas psicológicos (7,71 vs. 6,61)(Tabla 10.2).

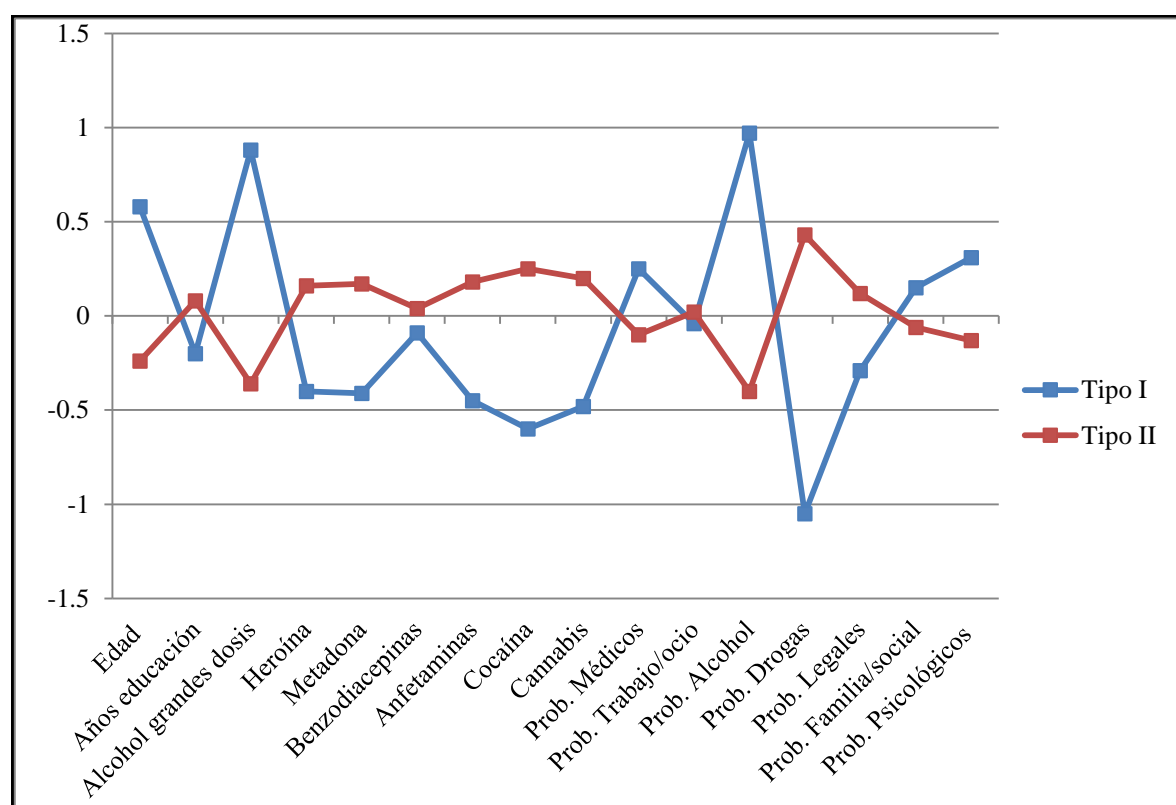
Tabla 10.2. Diferencias en las variables continuas entre Tipo I y Tipo II.

		Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	$t_{(98)}$
Variables sociodemográficas	Edad	43,31 (8,12)	36,70 (7,26)	3,99***
	Años de educación	8,48 (1,94)	9,02 (1,96)	-1,27 n.s.
Años de consumo a lo largo de la vida	Alcohol: grandes dosis	15,10 (6,84)	5,59 (6,20)	6,75***
	Heroína	1,90 (3,29)	5,06 (6,15)	-2,61*
	Metadona	0,62 (1,78)	2,68 (3,97)	-2,67**
	Benzodiacepinas	7,66 (8,02)	8,49 (6,47)	-0,55 n.s.
	Anfetaminas	0,21 (0,68)	1,11 (1,59)	-2,95**
	Cocaína	3,83 (4,96)	8,28 (4,83)	-4,16***
	Cannabis	2,90 (4,07)	6,69 (5,80)	-3,21**
Índices de gravedad	Problemas médicos	4,28 (2,45)	3,31 (2,87)	1,59 n.s.
	Problemas con el trabajo/ocio	4,69 (2,51)	4,83 (2,34)	-0,27 n.s.
	Problemas con el alcohol	7,90 (0,86)	3,86 (2,69)	7,90***
	Problemas con las drogas	3,38 (2,87)	7,01 (1,15)	-9,07***
	Problemas legales	2,45 (3,20)	3,77 (3,28)	-1,85 n.s.
	Problemas familiares/sociales	6,72 (1,03)	6,48 (1,18)	0,98 n.s.
	Problemas psicológicos	7,17 (0,86)	6,61 (1,42)	2,02*

Nota. Los valores de las columnas indican media y entre paréntesis desviación típica; * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

A continuación, en el Gráfico 10.1 se representan los resultados de todas las variables cuantitativas que han servido para formar los conglomerados con el fin de facilitar la visión general de ambos perfiles (puntuaciones tipificadas) del Tipo I y II. En este sentido, cabe destacar, que las variables que muestran puntuaciones más diferenciales entre ambos conglomerados llegando a ser visiblemente significativas son las de la edad en cuanto a variables sociodemográficas, la de alcohol en grandes dosis, heroína, metadona, anfetaminas, cocaína y cannabis en cuanto a los años de consumo a lo largo de la vida, y por último, se han encontrado diferencias en los índices de gravedad de problemas con el alcohol, con las drogas y psicológicos como estadísticamente significativos comparando ambos perfiles Tipo I y Tipo II.

Gráfico 10.1. Diferencias en puntuaciones Z entre el Tipo I y Tipo II.



No se encuentran diferencias significativas en el resto de los índices de gravedad, aunque la tendencia en el tipo I son índices de gravedad en cuanto a problemas médicos y familiares/sociales superiores al Tipo II, en cambio la tendencia son índices de gravedad en el Tipo II superiores en problemas legales y de trabajo/ocio que en el Tipo I.

10.2. Segundo estudio: Análisis de perfiles

10.2.1. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en variables motivacionales medidas en el pre tratamiento.

En este apartado, se muestran los perfiles del análisis de las diferencias entre ambos grupos en las medidas relacionadas con la motivación, evaluadas en el pretratamiento, con puntuaciones Z para cada uno de los Tipos I y II.

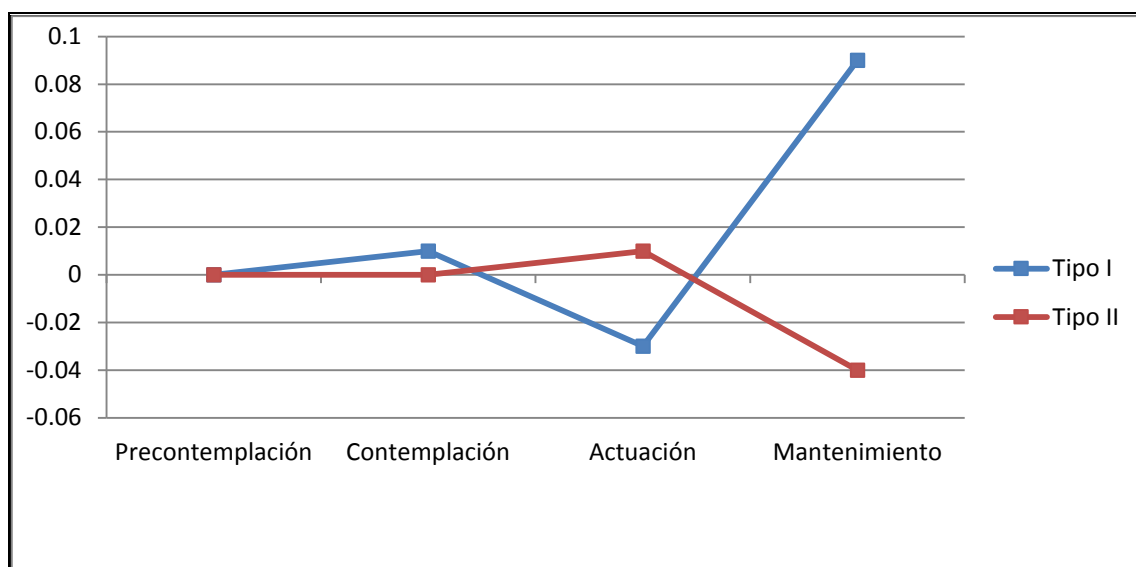
Analizamos las medias de las puntuaciones encontradas en los estadios de cambio (precontemplación, contemplación, actuación y mantenimiento) en relación a los Tipos I y II, no encontrando diferencias significativas entre ellos. Cabe señalar que las medias en ambos conglomerados son menores en el estadio de precontemplación que en el resto de los estadios y son mayores en contemplación y actuación (Tabla 10.3).

Tabla 10.3. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en la Escala de Evaluación del cambio (URICA).

	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	t₍₉₈₎
Precontemplación	17,52 (4,81)	17,49 (4,99)	0,02 n.s.
Contemplación	35,02 (3,13)	34,98 (4,19)	0,05 n.s.
Actuación	34,17 (5,39)	34,39 (4,30)	-0,22 n.s.
Mantenimiento	32,62 (4,63)	31,97 (5,39)	0,57 n.s.

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En el Gráfico 10.2, se muestran el perfil de puntuaciones para cada una de las etapas donde se aprecian puntuaciones idénticas en ambos grupos para la etapa de precontemplación y la mayor diferencia en ambos grupos se observa en la etapa de mantenimiento.

Gráfico 10.2. Perfil en la Escala de Evaluación del cambio (URICA) en el Tipo I y Tipo II.

Los datos resultado de los contrastes estadísticos de las medias de los diez procesos de cambio del Modelo Transteórico del Cambio en el conglomerado Tipo I y Tipo II se exponen en la Tabla 10.4. Asimismo, se muestran las medias contrastadas para ambos tipos donde se agrupan cada uno de los procesos de cambio en dos, por un lado los procesos cognitivos-emocionales (procesos internos llevados a cabo por el paciente) y los procesos conductuales (suma de los procesos externos). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tres de los diez procesos, siendo la media de puntuaciones superior en el Tipo I en el proceso de Aumento de conciencia ($t_{(98)} = 2,26, p < .05$) que en el Tipo II (7,83 vs. 6,61). También se ha encontrado que la media de las puntuaciones es mayor en el Tipo I en el proceso de Manejo de contingencias ($t_{(98)} = 2,11, p < .05$) que en el Tipo II (9,24 vs. 7,93). Por el contrario, en el proceso de cambio de la Reevaluación ambiental es el Tipo II el que obtiene una puntuación de media mayor que en el grupo I (10,76 vs. 9,76) siendo también la diferencia significativa ($t_{(98)} = 2,26, p < .05$). Cabe señalar que en el resto de los procesos de cambio no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los distintos conglomerados, tampoco se han encontrado en los procesos agrupados en internos (cognitivo-emocionales) y externos (conductuales).

Tabla 10.4. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Inventario de Procesos de cambio.

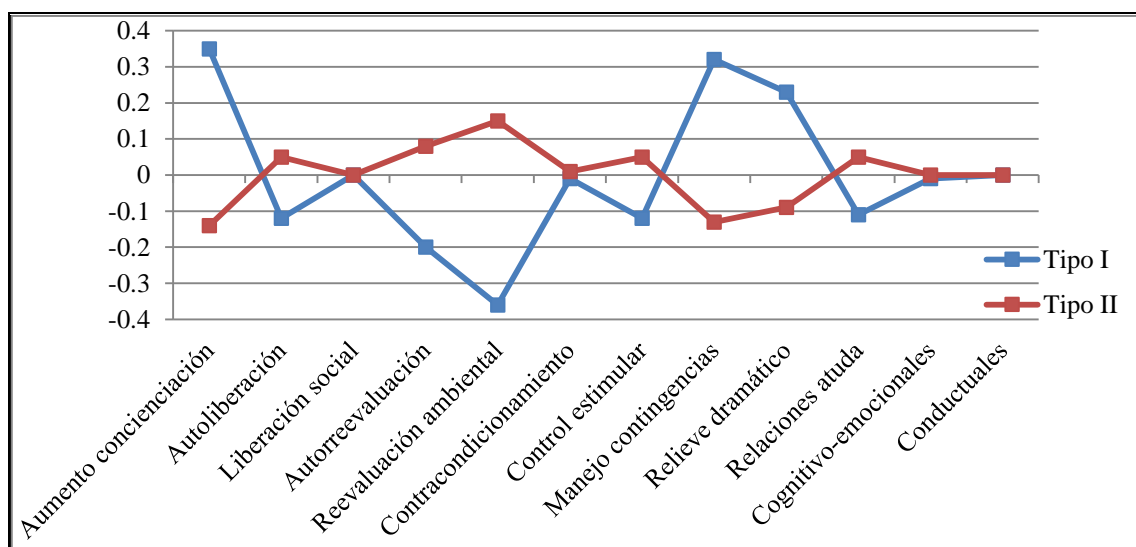
	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	t(98)
Aumento de concienciación	7,83 (2,73)	6,61 (2,32)	2,26*
Auto-liberación	8,10 (2,68)	8,52 (2,44)	-0,75
Liberación social	6,72 (2,68)	6,72 (2,22)	0,01
Auto-reevaluación	8,41 (2,51)	9,07 (2,22)	-1,29
Reevaluación ambiental	9,76 (2,68)	10,76 (1,51)	-2,37*
Contra-condicionamiento	6,21 (3,56)	6,27 (3,04)	-0,08
Control estimular	5,52 (2,96)	6,27 (4,83)	-0,79
Manejo de contingencias	9,24 (2,10)	7,93 (3,06)	2,11 *
Relieve dramático	9,03 (2,23)	8,28 (2,40)	1,45
Relaciones de ayuda	6,93 (2,83)	7,37 (2,79)	-0,71
Procesos Cognitivo-Emocionales	43,14 (8,72)	43,24 (6,92)	-0,06
Procesos Conductuales	34,63 (9,44)	34,56 (10,48)	0,03

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En el Gráfico 10.3, se muestran las distintas puntuaciones representadas en ambos grupos mediante un perfil que representa cada uno de los procesos de cambio relativos al Modelo Transteórico, y de las dos agrupaciones de procesos (cognitivo-emocionales y conductuales).

Gráfico 10.3. Perfil en el Inventario de Procesos de cambio en el Tipo I y Tipo II.



Los análisis estadísticos utilizados para comparar diferencias entre los Tipos I y II no muestran diferencias significativas con respecto a las variables relacionadas con el balanceo en la toma de decisiones con respecto a los pros (beneficios) de consumir ($t_{(98)} = 0,38$ n.s.), y los contras (desventajas) de consumir ($t_{(98)} = 0,33$ n.s.). En esta ocasión, sin ser significativas las diferencias el Tipo I obtiene medias superiores con respecto a Tipo II tanto en pros (12,28 vs. 11,65) como en contras de consumo de drogas (29,34 vs. 28,90). Estas puntuaciones se muestran en la Tabla 10.5.

Tabla 10.5. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Balance decisional.

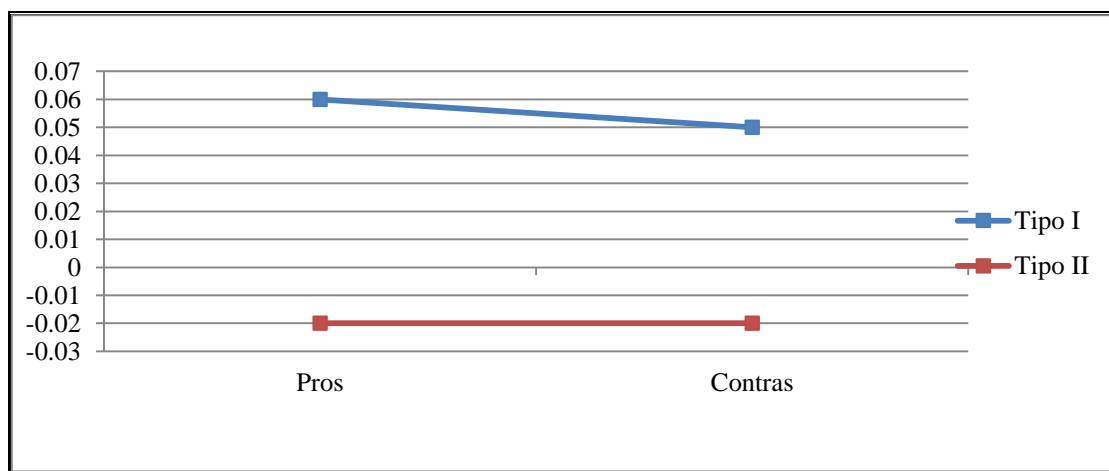
	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	$t_{(98)}$
Pros	12,28 (8,40)	11,65 (6,89)	0,38 n.s.
Contras	29,34 (6,60)	28,90 (5,80)	0,33 n.s.

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

A continuación se muestran los perfiles del Tipo I y Tipo II en las puntuaciones de la variables del cuestionario del Balance decisional en el Gráfico 10.4.

Gráfico 10.4. Perfil en el Cuestionario de Balance decisional en el Tipo I y Tipo II.



Al comparar las puntuaciones en los resultados obtenidos en ambos conglomerados en relación a las expectativas de autoeficacia y deseo de consumir drogas, no se hallan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al Tipo I y Tipo II en autoeficacia ($t_{(98)} = -1,71$ n.s.) y deseos de consumo de drogas ($t_{(98)} = -0,39$ n.s.), sin embargo, se muestran superiores las medias obtenidas en el Tipo II en relación al Tipo I tanto en la autoeficacia percibida (16,50 vs. 1,29) como en el deseo de consumir drogas (45,21 vs. 43,91) que puede observarse en la Tabla 10.6.

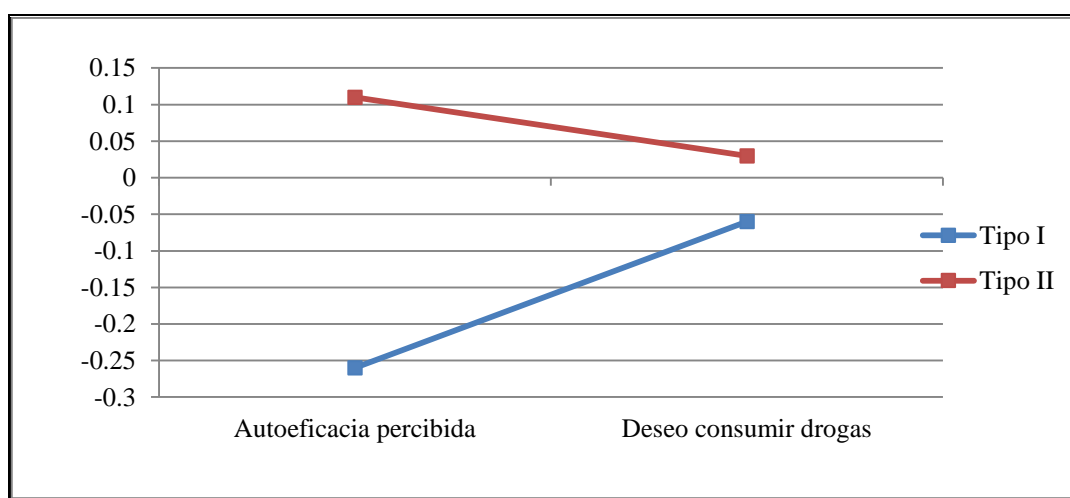
Tabla 10.6. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Autoeficacia percibida y el Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas.

	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	$t_{(98)}$
Autoeficacia percibida	1,29 (44,20)	16,50 (30,80)	-1,71 n.s
Deseo consumir drogas	43,91 (14,03)	45,21 (15,42)	-0,39 n.s

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

A continuación se muestran en el Gráfico 10.5, las medias de las puntuaciones obtenidas en ambos conglomerados Tipo I y Tipo II con el interés de facilitar su visualización en las variables medidas de autoeficacia percibida y deseo de consumir drogas.

Gráfico 10.5. Perfil en el Cuestionario de Autoeficacia percibida y en el Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas en el Tipo I y Tipo II.



10.2.2. Diferencias entre los consumidores Tipo I y Tipo II en variables psicológicas medidas en el pretratamiento

A continuación, se analizan las diferencias entre ambos grupos en las medidas psicológicas evaluadas en el pre-tratamiento, y se muestran los perfiles con puntuaciones Z para cada uno de los tipos.

Como se puede observar en la Tabla 10.7, existen diferencias estadísticamente significativas entre el Tipo I y II en irascibilidad ($t_{(98)} = -2,12$, $p < .05$), donde el Tipo II tiene una media significativamente mayor en irascibilidad en comparación con el Tipo I [(2,85(0,88) vs 3,22 (0,75)]. Por el contrario, no se han encontrado diferencias significativas en las variables de Agresión física, Agresión verbal y hostilidad, aunque en estas tres variables la tendencia es puntuaciones ligeramente superiores en el Tipo II en relación al Tipo I.

Tabla 10.7. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Agresión AQ.

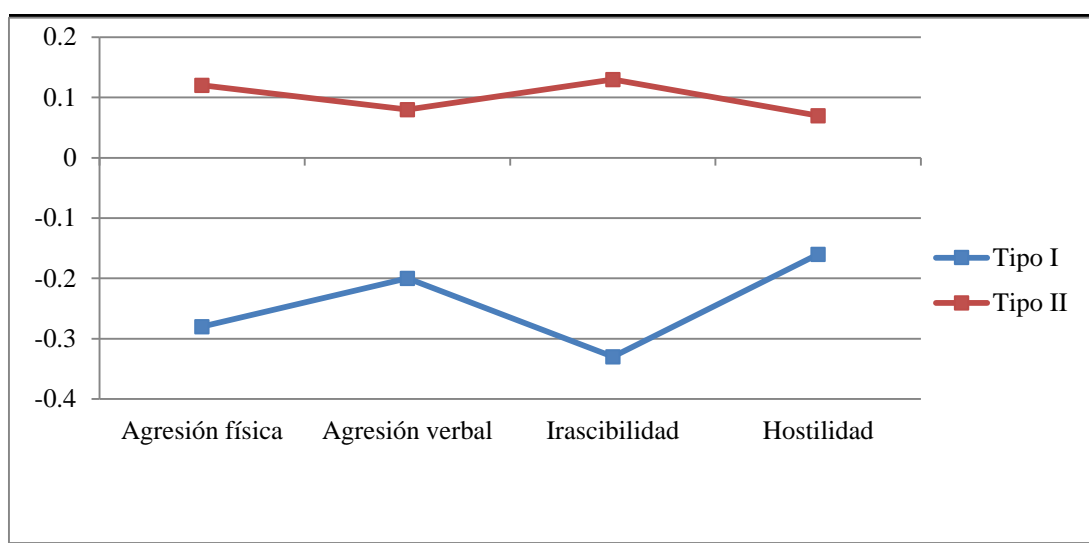
	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	$t_{(98)}$
Agresión física	2,46 (0,99)	2,86 (0,99)	-1,84 n.s.
Agresión verbal	2,58 (0,89)	2,80 (0,74)	-1,29 n.s.
Irascibilidad	2,85 (0,88)	3,22 (0,75)	-2,12*
Hostilidad	3,18 (0,69)	3,32 (0,57)	-1,04 n.s.

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En el Gráfico 10.6, se pueden observar los perfiles en puntuaciones tipificadas tanto del Tipo I como del Tipo II, en las distintas variables de Agresión del Cuestionario AQ en agresión física, agresión verbal, irascibilidad y hostilidad.

Gráfico 10.6. Perfil en el Cuestionario de Agresión AQ en el Tipo I y Tipo II.



En la Tabla 10.8 se muestran los resultados obtenidos en el cuestionario de impulsividad, donde no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas. Aunque no son significativas, las puntuaciones son superiores en el Tipo II con respecto al Tipo I en impulsividad para todas las subescalas.

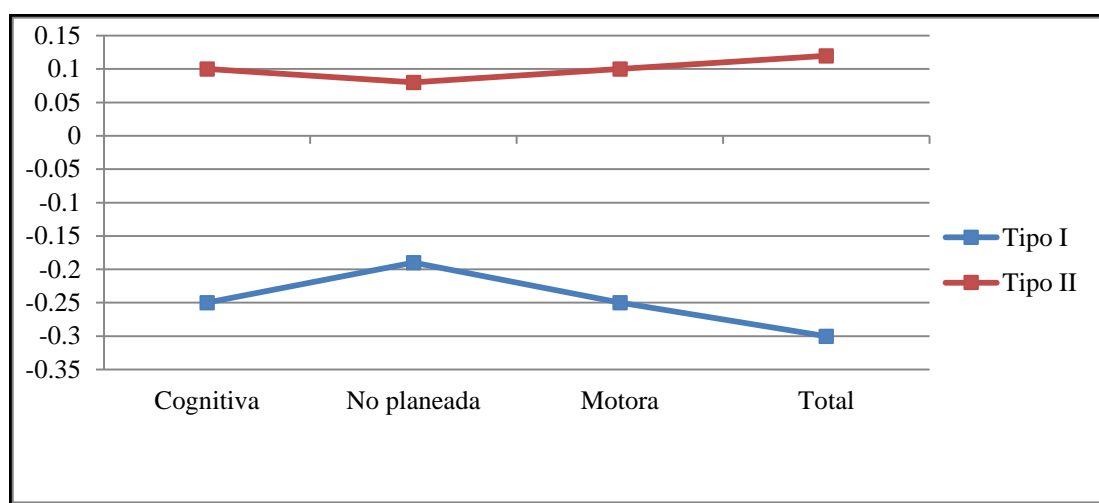
Tabla 10.8. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en el Cuestionario de Impulsividad de Barratt.

	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	t₍₉₈₎
Impulsividad cognitiva	16,21 (5,07)	17,88 (4,52)	-1,62 n.s.
Impulsividad no planeada	21,90 (7,98)	24,08 (7,98)	-1,24 n.s.
Impulsividad motora	18,55 (7,44)	21,13 (7,16)	-1,61 n.s.
Impulsividad total	56,65 (15,37)	63,09 (14,63)	-1,97 n.s.

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En el Gráfico 10.7, se pueden observar los perfiles en puntuaciones tipificadas tanto del Tipo I como del Tipo II, en las distintas variables de impulsividad medidas en el cuestionario de Impulsividad: impulsividad cognitiva, no planeada, motora y total.

Gráfico 10.7. Perfil en el Cuestionario de Impulsividad de Barratt en el Tipo I y Tipo II.

A continuación, la Tabla 10.9, se analizan las distintas variables psicológicas medidas en ambos conglomerados, no encontrando nuevamente diferencias significativas entre ellos en ninguna de las variables, no obstante, en la mayoría de las variables la tendencia son puntuaciones superiores en el conglomerado Tipo II.

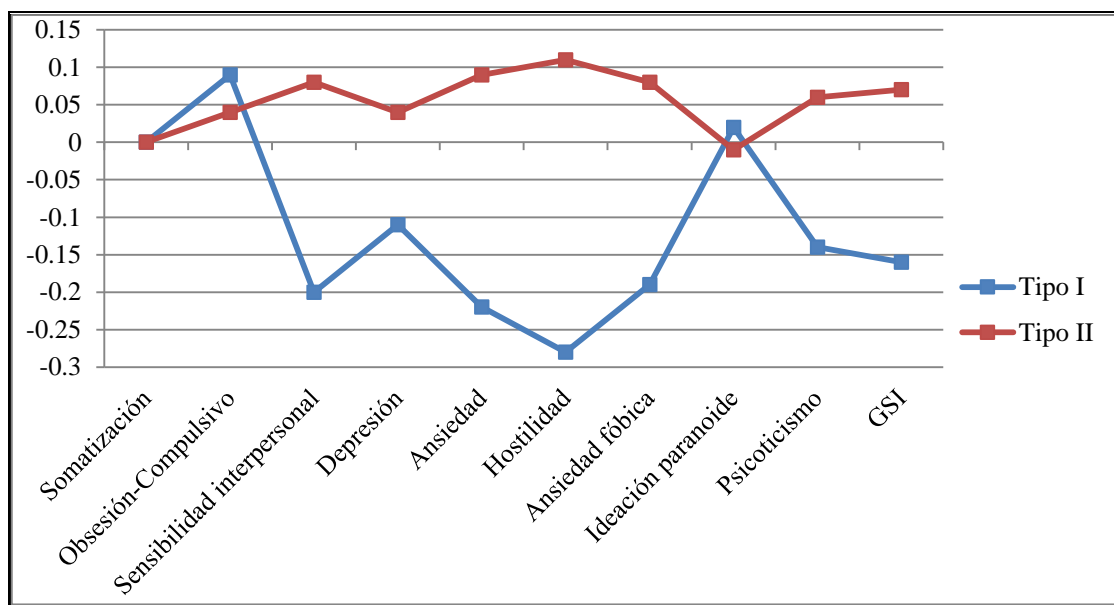
Tabla 10.9. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en la Escala SCL-90R.

	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	t₍₉₈₎
Somatización	1,18 (0,89)	1,19 (0,87)	-0,02 n.s.
Obsesión-compulsión	1,73 (0,78)	1,84 (0,96)	-0,58 n.s.
Sensibilidad interpersonal	1,25 (0,84)	1,49 (0,86)	-1,30 n.s.
Depresión	1,67 (0,86)	1,80 (0,87)	-0,69 n.s.
Ansiedad	1,18 (0,92)	1,47 (0,96)	-1,42 n.s.
Hostilidad	0,77 (0,66)	1,10 (0,89)	-1,81 n.s.
Ansiedad fóbica	0,60 (0,61)	0,81 (0,86)	-1,20 n.s.
Ideación paranoide	1,64 (0,77)	1,61 (0,85)	0,13 n.s.
Psicoticismo	1,08 (0,80)	1,25 (0,88)	-0,93 n.s.
GSI	1,29 (0,67)	1,45 (0,76)	-1,02 n.s.

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Para facilitar la visualización de ambos perfiles, se muestra en el siguiente Gráfico 10.8, las medias de las puntuaciones y la tendencia observada en las distintas variables psicológicas medidas en la Lista de los 90 síntomas.

Gráfico 10.8. Perfil en la en la Escala SCL-90R en el Tipo I y Tipo II.



En la Tabla 10.10, se muestran las diferencias de conglomerados en relación a las variables medias en el cuestionario de personalidad SCID-II, sin encontrar diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas en el Tipo I y Tipo II.

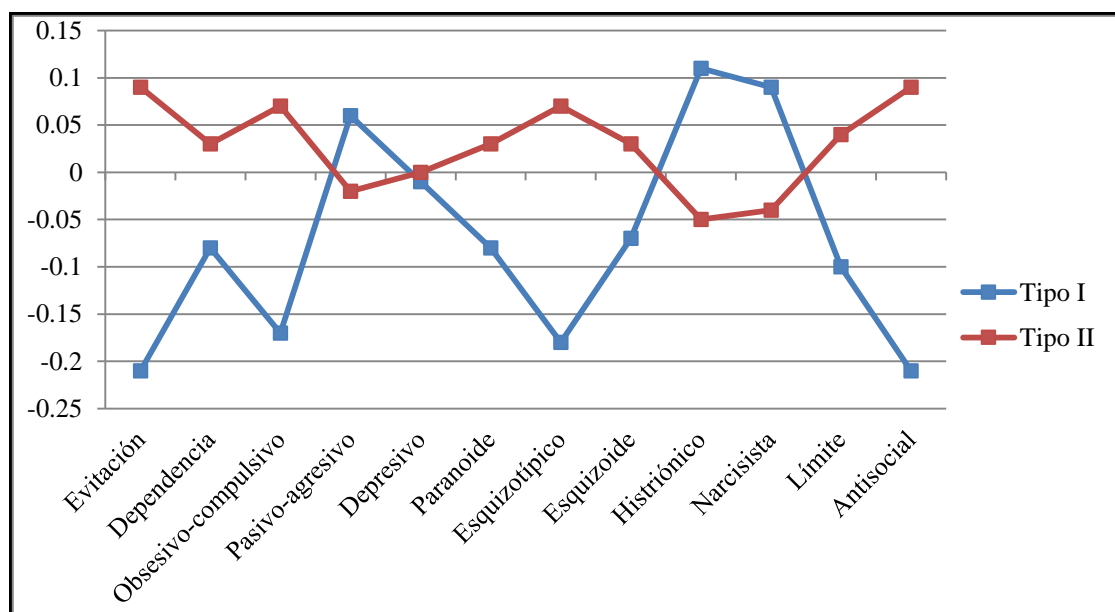
Para finalizar este apartado, en el Gráfico 10.9, se muestran los perfiles de los patrones de personalidad hallados en el Tipo I y Tipo II, las medias de las puntuaciones de cada uno de ellos se observan más distantes en Evitación, obsesivo-compulsivo, esquizotípico y antisocial.

Tabla 10.10. Diferencias entre Tipo I y Tipo II en la SCID II.

	Tipo I (n= 29)	Tipo II (n= 71)	$t_{(98)}$
Evitación	2,83 (1,83)	3,38 (1,89)	-1,34 n.s.
Dependencia	3,10 (1,72)	3,31 (1,89)	-0,51 n.s.
Obsesivo-compulsivo	3,72 (1,81)	4,17 (1,81)	-1,11 n.s.
Pasivo-agresivo	3,79 (1,84)	3,64 (1,92)	0,36 n.s.
Depresivo	4,38 (1,61)	4,39 (1,81)	-0,04 n.s.
Paranoide	3,85 (2)	4,08 (1,99)	-0,53 n.s.
Esquizotípico	3,38 (2,41)	4,06 (2,76)	-1,15 n.s.
Esquizoide	2 (1,31)	2,14 (1,44)	-0,46 n.s.
Histriónico	1,69 (1,83)	1,45 (1,32)	0,73 n.s.
Narcisista	6,48 (3,45)	6,07 (3,31)	0,56 n.s.
Límite	8,45 (4,04)	8,93 (3,29)	-0,61 n.s.
Antisocial	3,62 (3,51)	4,75 (3,92)	-1,35 n.s.

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Gráfico 10.9. Perfil en la en la SCID II en el Tipo I y Tipo II.



10.3. Tercer estudio: Evaluación del programa de tratamiento psicológico en función del tipo de consumidor

10.3.1. Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor en las variables de gravedad y consumo

A continuación sobre las variables de gravedad del EuropASI se muestran los resultados del ANCOVA (controlando la variable edad) donde se exponen las medias en cada uno de los grupos de pacientes Tipo I y Tipo II en el pre y el post-tratamiento.

Como se puede ver en la Tabla 10.11, se observa una disminución estadísticamente significativa entre el pre y el post tratamiento en todos los índices de gravedad, tanto para el Tipo I como para el Tipo II.

En concreto, en el área de problemas médicos tanto en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 18,96$, $p < .001$) como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 65,36$, $p < .001$) se observa una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post-tratamiento, si bien el tamaño del efecto del programa fue mayor en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,40$).

En el área Trabajo/ocio se muestra una disminución significativa entre el pre y el post-tratamiento en el grupo de pacientes Tipo II ($F_{(1,97)} = 39,65$, $p < .001$) y en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 104,72$, $p < .001$), siendo también el tamaño del efecto del programa mayor en el tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,52$).

Nuevamente, en el área de consumo de Alcohol se muestra de nuevo una disminución significativa en los análisis realizados entre el pre y post-tratamiento tanto en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 181,15$, $p < .001$) como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 110,06$, $p < .001$) aunque el tamaño del efecto ha sido mayor de nuevo en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,53$).

En relación al área de consumo de drogas, se vuelve a ver una reducción estadísticamente significativa de las medias del postratamiento con respecto al pretratamiento en ambos grupos, para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 37,64$, $p < .001$) y el Tipo II ($F_{(1,97)} = 503,99$, $p < .001$) donde el tamaño del efecto ha sido en gran medida mayor para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,84$).

En cuanto al área de problemas legales se observa una reducción significativa de los valores diferenciales del postratamiento con respecto al pretratamiento en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 15,13$, $p < .001$) como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 55,62$, $p < .001$) donde se obtiene

una reducción significativa entre el pre y el post-tratamiento, el tamaño del efecto del programa fue mayor en el Tipo II ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,36$).

En el área de problemas familiares tanto en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 244,33$, $p < .001$) como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 598,15$, $p < .001$) se observa una reducción importante estadísticamente significativa entre el pre y el post-tratamiento, el tamaño del efecto del programa es superior en el Tipo II ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,86$).

Por último, en el área de los problemas psicológicos, se repite la tendencia reducida significativamente de los datos obtenidos en el pre y postratamiento en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 177,61$, $p < .001$) como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 357,17$, $p < .001$) se observa una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post-tratamiento, el tamaño del efecto del programa es mayor en el Tipo II ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,79$) (Tabla 10.11).

Tabla 10.11. Medias de los grupos de pacientes en el perfil de gravedad, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Médico Pre	Médico Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{\text{parcial}}$
Tipo I (N = 29)	3,49 (2,45)	1,50 (1,50)	18,96*** / 0,16
Tipo II (N = 71)	3,63 (2,87)	1,34 (1,49)	65,36*** / 0,40
	Trabajo/Ocio Pre	Trabajo/Ocio Post	
Tipo I (N = 29)	4,80 (2,51)	2,01 (1,46)	39,65*** / 0,29
Tipo II (N = 71)	4,79 (2,34)	1,98 (1,33)	104,72*** / 0,52
	Alcohol Pre	Alcohol Post	
Tipo I (N = 29)	7,85 (0,86)	1,51 (2,07)	181,15*** / 0,65
Tipo II (N = 71)	3,88 (2,69)	0,81 (1,15)	110,06*** / 0,53
	Drogas Pre	Drogas Post	
Tipo I (N = 29)	3,44 (2,87)	0,89 (1,64)	37,64*** / 0,28
Tipo II (N = 71)	6,99 (1,15)	1,19 (1,47)	503,99*** / 0,84
	Legal Pre	Legal Post	
Tipo I (N = 29)	2,80 (3,20)	0,63 (1,14)	15,13*** / 0,14
Tipo II (N = 71)	3,63 (3,28)	1,05 (1,41)	55,62*** / 0,36
	Familia/social Pre	Familia/social Post	
Tipo I (N = 29)	6,76 (1,03)	2,03 (1,68)	244,37*** / 0,72
Tipo II (N = 71)	6,46 (1,18)	1,88 (1,30)	598,15*** / 0,86
	Psicológico Pre	Psicológico Post	
Tipo I (N = 29)	7,30 (0,81)	1,62 (1,98)	177,61*** / 0,65
Tipo II (N = 71)	6,55 (1,42)	1,57 (1,84)	357,17*** / 0,79

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

En la siguiente Tabla 10.12, se muestran las diferencias encontradas entre el pre y postratamiento en cuanto al número de días de consumo en el último mes de cada una de las sustancias adictivas mediante el análisis de ANCOVA, mostrándose también los tamaños del efecto de la intervención en cada grupo.

Tabla 10.12 Medias de los grupos de pacientes en el número de días de consumo en el último mes, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Alcohol grandes cantidades Pre	Alcohol grandes cantidades Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{parcial}$
Tipo I (N = 29)	6,18 (6,32)	0,57 (1,89)	14,23*** / 0,13
Tipo II (N = 71)	4,35 (8,10)	0,09 (0,66)	21,37*** / 0,18
	Heroína Pre	Heroína Post	
Tipo I (N = 29)	-0,11 (0)	0,02 (0,01)	0,05 n.s. / 0
Tipo II (N = 71)	0,76 (3,62)	0,06 (0,37)	3,57 n.s. / 0,04
	Metadona Pre	Metadona Post	
Tipo I (N = 29)	-0,29 (5,57)	1,32 (5,54)	0,83 n.s. / 0,01
Tipo II (N = 71)	7,30 (12,28)	5,23 (10,23)	3,57 n.s. / 0,04
	Benzodiacepinas Pre	Benzodiacepinas Post	
Tipo I (N = 29)	12,59 (14,34)	15,57 (12,79)	1,31 n.s. / 0,01
Tipo II (N = 71)	17,49 (14,14)	20,13 (10,97)	2,69 n.s. / 0,03
	Anfetaminas Pre	Anfetaminas Post	
Tipo I (N = 29)	0 (0)	0 (0)	
Tipo II (N = 71)	0 (0)	0 (0)	
	Cocaína Pre	Cocaína Post	
Tipo I (N = 29)	0,70 (1,86)	0,14 (0,86)	0,16 n.s. / 0
Tipo II (N = 71)	4,14 (8,38)	-0,02 (0,65)	22,73*** / 0,19
	Cannabis Pre	Cannabis Post	
Tipo I (N = 29)	1,80 (2,43)	0,20 (1,03)	1,56 n.s. / 0,02
Tipo II (N = 71)	4,01 (7,49)	0,07 (1,04)	24,63*** / 0,20

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; $\eta^2_{parcial}$ = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

No se encuentran diferencias significativas en las variables medidas de consumo de Heroína, Metadona, Benzodiacepinas y Anfetaminas en el pre y postratamiento.

Se encuentran diferencias significativas en el consumo de Alcohol en grandes cantidades en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 14,23$, $p < .001$) y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 21,37$, $p < .001$) y el tamaño del efecto se ha mostrado ligeramente superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,18$). También se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cocaína en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 22,73$, $p < .001$) entre el pre y postratamiento con reducción de las puntuaciones, siendo el tamaño del efecto ($\eta^2_{parcial} = 0,19$) no

encontrándose diferencias por el contrario en el Tipo I. La misma situación se encuentra en el consumo de cannabis, donde existe una reducción estadística significativa entre el pre y el postratamiento en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 24,63$, $p < .001$) con un tamaño de efecto de tratamiento ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,19$), sin la existencia de diferencias significativas en el Tipo I.

A continuación, en la Tabla 10.13, se exponen los resultados relativos a las variables medidas en el pre y postratamiento en el último mes para cada uno de los dos grupos de participantes del programa de tratamiento.

Tabla 10.13. Medias de los grupos de pacientes en variables relacionadas con el consumo en el último mes, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Dinero alcohol Pre	Dinero alcohol Post	Diferencia de medias
			$F_{(1,97)} / \eta^2_{\text{parcial}}$
Tipo I (N = 29)	109,18 (116,97)	8,92 (28,45)	42,30*** / 0,30
Tipo II (N = 71)	32,59 (62,30)	0,73 (6,45)	11,14** / 0,10
	Dinero drogas Pre	Dinero drogas Post	
Tipo I (N = 29)	10,20 (35,42)	4,93 (24,31)	0,03 n.s. / 0
Tipo II (N = 71)	140,69 (186,18)	0,58 (17,28)	52,83*** / 0,35
	Días tratamiento Pre	Días tratamiento Post	
Tipo I (N = 29)	5,13 (6,36)	1,67 (1,37)	12,86** / 0,12
Tipo II (N = 71)	2,71 (3,42)	1,43 (1,08)	4,57* / 0,05
	Días problemas alcohol Pre	Días problemas alcohol Post	
Tipo I (N = 29)	14,24 (8,52)	1,73 (3,15)	94,80*** / 0,49
Tipo II (N = 71)	3,81 (5,42)	0,59 (1,65)	16,34*** / 0,14
	Días problemas drogas Pre	Días problemas drogas Post	
Tipo I (N = 29)	3,77 (4,87)	0,94 (2,41)	6,54* / 0,06
Tipo II (N = 71)	11,11 (5,76)	1,21 (2,90)	208,36*** / 0,68

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Se han hallado diferencias significativas en algunas variables como en la reducción del dinero invertido en alcohol en el último mes tanto en el Tipo I como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 42,30$, $p < .001$ y $F_{(1,97)} = 11,14$, $p < .01$ respectivamente), mostrando un mayor efecto en la reducción en el Tipo I ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,30$).

También se muestra una reducción en el dinero gastado en drogas en los últimos 30 días pero tan solo en el grupo II entre el pre y postratamiento pero no en el grupo I ($F_{(1,97)} = 52,83$, $p < .001$) con un tamaño de efecto del programa de un 30% ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,30$).

Con respecto a los días de tratamiento realizado en el postratamiento con respecto al pretratamiento se encuentran diferencias significativas en el tipo I y en el tipo II ($F_{(1,97)} = 12,86$, $p < .01$ y $F_{(1,97)} = 4,57$, $p < .05$ respectivamente), siendo el tamaño del efecto mayor en el Tipo I % ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,12$).

En cuanto a los problemas tenidos en alcohol comparando ambos momentos del programa, se encuentran diferencias significativas tanto en el Tipo I como en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 94,80$, $p < .001$ y $F_{(1,97)} = 16,34$, $p < .001$ respectivamente) con un tamaño del efecto del 49% en el Tipo I.

Prestando atención a los días con problemas de drogas en el último mes, también se hallan diferencias significativas en ambos grupos I y II ($F_{(1,97)} = 6,54$, $p < .05$ y $F_{(1,97)} = 208,36$, $p < .001$ respectivamente), con un 68% del tamaño del efecto del programa en el Tipo II.

10.3.2. Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor en las variables motivacionales

Para la Escala de Evaluación de las etapas de cambio se muestran en la Tabla 10.14, las medias de los grupos de pacientes en el pre y postratamiento junto a la desviación típica, donde la diferencia de medias es estadísticamente significativa en los estadios de Precontemplación, Actuación o acción y mantenimiento. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en Contemplación en ambos grupos.

En el estadio de Precontemplación se observan diferencias significativas tanto para el grupo Tipo I ($F_{(1,97)} = 16,25$, $p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 26,12$, $p < .001$) con un tamaño de efecto superior para el Tipo II ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,21$).

En el estadio de Acción, se han hallado diferencias estadísticamente significativas para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 9,22$, $p < .01$) con un tamaño de efecto ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,09$). Por el contrario, no se han hallado para el Tipo I aunque las puntuaciones aumentan en el postratamiento sin llegar al nivel de significación requerido.

En el último estadio, de Mantenimiento, se encuentran diferencias significativas para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 8$, $p < .01$) con un tamaño de efecto del 8%. No se encuentran diferencias importantes en el Tipo I aunque la tendencia es de aumento sin llegar a ser significativo.

Tabla 10.14. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de Evaluación del cambio (URICA), resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Precontemplación Pre	Precontemplación Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{parcial}$
Tipo I (N = 29)	17,18 (4,81)	12,29 (3,91)	16,25*** / 0,14
Tipo II (N = 71)	17,63 (4,99)	13,79 (4,68)	26,12*** / 0,21
	Contemplación Pre	Contemplación Post	
Tipo I (N = 29)	34,87 (3,13)	33,33 (5,53)	1,99 n.s. / 0,02
Tipo II (N = 71)	35,04 (4,19)	33,73 (4,14)	3,81 n.s. / 0,04
	Actuación Pre	Actuación Post	
Tipo I (N = 29)	34,20 (5,39)	36,27 (2,91)	3,37 n.s. / 0,03
Tipo II (N = 71)	34,38 (4,30)	36,50 (3,65)	9,22** / 0,09
	Mantenimiento Pre	Mantenimiento Post	
Tipo I (N = 29)	32,10 (4,63)	34,70 (3,79)	3,70 n.s. / 0,04
Tipo II (N = 71)	32,18 (5,39)	34,55 (5,60)	8** / 0,08

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; $\eta^2_{parcial}$ = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En el Inventario de los Procesos de cambio se obtuvieron las medias de los grupos de pacientes en los dos momentos del programa para los Tipos I y II donde se encontraron reducciones estadísticamente significativas en 8 de los 10 procesos estudiados que pueden consultarse en la Tabla 10.15. No se hallaron reducciones importantes para ser significativas en el proceso de Aumento de conciencia y Autoreevaluación en ninguno de los grupos. Por el contrario, se hallaron diferencias significativas en el resto que pasamos a describir.

En el proceso de Autoliberación, se muestran reducciones importantes y significativas en el Tipo I y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 18,12$, $p < .001$ y $F_{(1,97)} = 51,42$, $p < .001$) obteniendo un tamaño del efecto de 0,16 para el Tipo I y 0,35 para el Tipo II.

En el proceso de Liberación social, se hallan reducciones significativas en el Tipo II aunque no en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 8,50$, $p < .01$) con un tamaño del efecto del programa del 8% para este grupo de pacientes.

Con respecto a proceso de Reevaluación ambiental se encuentran diferencias significativas en ambos grupos para el Tipo I menores valores de medias ($F_{(1,97)} = 4$, $p < .05$) que para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 8,11$, $p < .01$) comparando pre y postratamiento, con un tamaño de efecto algo superior para el Tipo II comparado con el Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,08$).

Tabla 10.15. Medias de los grupos de pacientes en el Inventario de Procesos de cambio, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Aumento de concienciación Pre	Aumento de concienciación Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{\text{parcial}}$
Tipo I (N = 29)	8,03 (2,73)	6,96 (2,38)	2,90 n.s. / 0,03
Tipo II (N = 71)	6,53 (2,32)	6,22 (2)	0,62 n.s. / 0,01
	Auto-liberación Pre	Auto-liberación Post	
Tipo I (N = 29)	8,33 (2,68)	10,67 (2,04)	18,12*** / 0,16
Tipo II (N = 71)	8,43 (2,44)	10,86 (1,61)	51,42*** / 0,35
	Liberación social Pre	Liberación social Post	
Tipo I (N = 29)	6,59 (2,68)	5,46 (2,22)	3,75 n.s. / 0,04
Tipo II (N = 71)	6,78 (2,22)	5,72 (2,17)	8,50** / 0,08
	Auto-reevaluación Pre	Auto-reevaluación Post	
Tipo I (N = 29)	8,44 (2,51)	8,27 (2,40)	0,08 n.s. / 0
Tipo II (N = 71)	9,06 (2,22)	8,63 (2,76)	1,28 n.s. / 0,01
	Reevaluación ambiental Pre	Reevaluación ambiental Post	
Tipo I (N = 29)	10,03 (2,68)	9,15 (2,41)	4* / 0,04
Tipo II (N = 71)	10,65 (1,51)	9,87 (1,60)	8,11** / 0,08
	Contra-condicionamiento Pre	Contra-condicionamiento Post	
Tipo I (N = 29)	6,23 (3,56)	10,14 (2,11)	32,02*** / 0,28
Tipo II (N = 71)	6,26 (3,04)	10,14 (1,83)	97,48*** / 0,50
	Control estimular Pre	Control estimular Post	
Tipo I (N = 29)	5,72 (2,96)	9,08 (2,84)	12,34** / 0,11
Tipo II (N = 71)	6,19 (4,83)	9,41 (2,31)	29,60*** / 0,23
	Manejo de contingencias Pre	Manejo de contingencias Post	
Tipo I (N = 29)	9,35 (2,10)	9,37 (1,90)	0 n.s. / 0
Tipo II (N = 71)	7,89 (3,06)	8,66 (1,87)	4,91* / 0,05
	Relieve dramático Pre	Relieve dramático Post	
Tipo I (N = 29)	9,06 (2,23)	6,49 (2,57)	20,87*** / 0,18
Tipo II (N = 71)	8,27 (2,40)	6,71 (2,08)	20,39*** / 0,17
	Relaciones de ayuda Pre	Relaciones de ayuda Post	
Tipo I (N = 29)	7,09 (2,83)	10,09 (1,79)	15,40*** / 0,14
Tipo II (N = 71)	7,30 (2,79)	9,15 (2,77)	15,20*** / 0,14
	Cognitivo-emocionales Pre	Cognitivo-emocionales Post	
Tipo I (N = 29)	43,90 (8,72)	41,54 (7,40)	1,88 n.s. / 0,02
Tipo II (N = 71)	42,93 (6,92)	42,29 (6,48)	0,36 n.s. / 0
	Conductuales Pre	Conductuales Post	
Tipo I (N = 29)	34,98 (9,44)	44,13 (7,67)	17,04*** / 0,15
Tipo II (N = 71)	34,42 (10,48)	43,08 (7,15)	39,82*** / 0,29

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;
 η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Cabe señalar, que para el proceso de cambio relativo a Contracondicionamiento, se observan diferencias estadísticamente significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 32,02$,

$p<.001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 97,48$, $p<.001$) con importantes tamaños de efecto para ambos tipos, siendo superior el tipo II con respecto al Tipo I (0,50 vs. 0,28).

En contraste, en el proceso de Manejo de contingencias, se muestra significativa la reducción de medias en el postratamiento con respecto al pretratamiento en el Tipo II pero no en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 4,91$, $p<.05$) con un tamaño de efecto para este grupo del 5%.

En cambio, en el proceso de Relieve dramático, vuelve a hallarse diferencias significativas en ambos grupos tras los seis meses de programa para el Tipo I ($F_{(1,97)}=20,87$, $p<.0001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 20,39$, $p<.001$) con tamaños de efecto del programa de 18% y 17% respectivamente.

Para el proceso relativo a Relaciones de ayuda, se vuelven a encontrar diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 15,40$, $p<.001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)}=15,20$, $p<.001$) con un tamaño de efecto idéntico para ambos grupos ($\eta^2_{parcial} = 0,14$).

Por último, en la Tabla 10.15, se agrupan los procesos cognitivos en Cognitivo-emocionales y conductuales, donde nos se hallan diferencias estadísticamente significativas para los procesos internos o cognitivo-emocionales aunque sí para los procesos externos o conductuales para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 17,04$, $p<.001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 39,82$, $p<.001$) y con tamaños de efecto del 15% para el Tipo I y un efecto mayor, 29% para el Tipo II.

Con respecto al Cuestionario sobre el Balance decisional, Tabla 10.16, los análisis estadísticos utilizados para comparar diferencias entre los dos momentos de tratamiento y en ambos grupos, Tipos I y II muestran diferencias significativas con respecto a las variables relacionadas con el balanceo en la toma de decisiones con respecto a los pros (beneficios) de consumir para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 28,29$, $p<.001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)}=62,88$, $p<.001$) donde el tamaño se muestra superior en el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,49$). En cambio, para los contras (desventajas) de consumir los resultados encontrados son estadísticamente significativos para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 4,48$, $p<.05$ aunque no para el Tipo I.

Tabla 10.16. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Balance decisional, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Pros Pre	Pros Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{parcial}$
Tipo I (N = 29)	12,18 (8,40)	3,85 (5,21)	28,29*** / 0,23
Tipo II (N = 71)	11,70 (6,89)	4,01 (3,56)	62,88*** / 0,39
	Contras Pre	Contras Post	
Tipo I (N = 29)	29,25 (6,60)	32 (5,50)	3,50 n.s. / 0,04
Tipo II (N = 71)	28,94 (5,80)	30,87 (5,36)	4,48* / 0,04

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; $\eta^2_{parcial}$ = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En el cuestionario de Autoeficacia percibida, en el pretratamiento la media de la subescala de la Tentación se muestra superior a la Confianza tanto en el Tipo I (media=0,33 y SD=44,20) como en el Tipo II (media=16,89 y SD=38,80) mientras que en un segundo momento, en el postratamiento, la Confianza se muestra con medias más elevadas que la Tentación tanto en el Tipo I (media=-63,49 y SD=16,53) como en el Tipo II I (media=-58,05 y SD=22,87) (véase Tabla 10.17).

Señalar que los resultados del análisis ANCOVA muestran diferencias estadísticamente significativas en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 68,80$, $p < .001$) y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 247,44$, $p < .001$) donde el tamaño del efecto del programa es superior en el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,72$).

Tabla 10.17. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Autoeficacia percibida, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Autoeficacia percibida Pre	Autoeficacia percibida Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{parcial}$
Tipo I (N = 29)	0,33 (44,20)	-63,49 (16,53)	68,80*** / 0,42
Tipo II (N = 71)	16,89 (38,80)	-58,05 (22,87)	247,44*** / 0,72

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; $\eta^2_{parcial}$ = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Al contemplar los resultados en las puntuaciones en relación al Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas (Tabla 10.18), se han hallado diferencias significativas en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 82,25$, $p < .001$) y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 182,82$, $p < .001$) donde el tamaño del efecto es del 56% en el Tipo I y un 65% en el Tipo II.

Tabla 10.18. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario sobre el deseo de consumir drogas, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Deseo consumir drogas Pre	Deseo consumir drogas Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{\text{parcial}}$
Tipo I (N = 29)	44,04 (14,03)	13,80 (4,72)	82,25*** / 0,46
Tipo II (N = 71)	45,16 (5,42)	17,25 (8,21)	182,82*** / 0,65

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;
 η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

10.3.3 Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor en las variables psicológicas

En el Cuestionario de Impulsividad, según los resultados hallados mediante análisis ANCOVA (Tabla 10.19), se observan diferencias estadísticamente significativas para cada una de las subescalas, donde en la escala Impulsividad cognitiva existe una reducción importante en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 20,77$, $p < .001$) aunque es superior en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 69,14$, $p < .001$) donde el tamaño del efecto es del 18% en el Tipo I y el 42% en el Tipo II.

De forma similar, para la escala de Impulsividad no planeada se muestran reducciones significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 22,95$, $p < .001$) con un tamaño de efecto de 0,18 de diferencia de medias, y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 72,84$, $p < .001$) donde el tamaño del efecto es del 43% en el Tipo II, siendo superior el efecto del programa para el segundo tipo.

Para la subescala de Impulsividad motora, también se hallan diferencias significativas en las medias de los grupos de pacientes, donde el Tipo II se muestra con puntuaciones superiores al Tipo I ($F_{(1,97)} = 29,21$, $p < .001$ y $F_{(1,97)} = 73,68$, $p < .001$) mostrándose el tamaño del efecto del programa superior en el Tipo II al Tipo I (0,43 vs. 0,23).

En la última subescala del Cuestionario de Impulsividad, se vuelven a mostrar reducciones estadísticamente significativas para ambos grupos, siendo una reducción mayor para el Tipo II que para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 42,72$, $p < .001$ y $F_{(1,97)} = 125,82$, $p < .001$), siendo de forma reiterada, el efecto del programa mayor en el segundo grupo (0,57 vs. 0,31) (véase Tabla 10.19).

Tabla 10.19. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Impulsividad de Barratt, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Impulsividad cognitiva Pre	Impulsividad cognitiva Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{parcial}$
Tipo I (N = 29)	16,63 (5,07)	12,27 (3,87)	20,77*** / 0,18
Tipo II (N = 71)	17,70 (4,52)	12,78 (4,17)	69,14*** / 0,42
	Impulsividad no planeada Pre	Impulsividad no planeada Post	
Tipo I (N = 29)	22,08 (7,98)	14,92 (3,68)	22,95*** / 0,19
Tipo II (N = 71)	24,01 (7,98)	16,10 (5,54)	72,84*** / 0,43
	Impulsividad motora Pre	Impulsividad motora Post	
Tipo I (N = 29)	19,64 (7,44)	12,29 (3,88)	29,21*** / 0,23
Tipo II (N = 71)	20,68 (7,16)	13,46 (4,89)	73,68*** / 0,43
	Impulsividad total Pre	Impulsividad total Post	
Tipo I (N = 29)	58,35 (15,37)	39,48 (8,14)	42,72*** / 0,31
Tipo II (N = 71)	62,39 (14,63)	42,34 (12,08)	125,82*** / 0,57

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; $\eta^2_{parcial}$ = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

En los resultados encontrados en los análisis que se muestran en la Tabla 10.20, en el cuestionario de Agresión AQ se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cada una de las cuatro subescalas. En la subescala de Agresión física se encontraron en el postratamiento con respecto al pretratamiento reducciones tanto en ambos grupos en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 34,39$, $p < .001$) y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 75,27$, $p < .001$) con un tamaño del efecto mayor en el Tipo II que el Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,44$ y $\eta^2_{parcial} = 0,26$ respectivamente).

Se observan diferencias significativas en la subescala de Agresión verbal en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 13,83$, $p < .001$) y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 51,47$, $p < .001$) siendo el tamaño del efecto en el Tipo II superior al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,35$ vs. $\eta^2_{parcial} = 0,13$).

En la subescala de Irascibilidad se observa una reducción significativa en las medias del postratamiento en contraste con el pretratamiento en el Tipo I ($F_{(1,97)} = 25,90$, $p < .001$) y en el Tipo II ($F_{(1,97)} = 60,67$, $p < .001$) siendo el tamaño del efecto del programa superior de nuevo en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,39$).

Por último, también se muestran reducciones significativas en ambos tipos de grupo I y II ($F_{(1,97)} = 28,67$, $p < .001$ y $F_{(1,97)} = 95,13$, $p < .001$ respectivamente) en la subescala de Hostilidad, siendo el tamaño del efecto superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,49$).

Tabla 10.20. Medias de los grupos de pacientes en el Cuestionario de Agresión AQ, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Agresión física Pre	Agresión física Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{parcial}$
Tipo I (N = 29)	2,63 (0,99)	1,61 (0,36)	34,39*** / 0,26
Tipo II (N = 71)	2,79 (0,99)	1,85 (0,68)	75,27*** / 0,44
	Agresión verbal Pre	Agresión verbal Post	
Tipo I (N = 29)	2,52 (0,89)	1,88 (0,43)	13,83*** / 0,13
Tipo II (N = 71)	2,83 (0,74)	2,06 (0,56)	51,47*** / 0,35
	Irascibilidad Pre	Irascibilidad Post	
Tipo I (N = 29)	2,87 (0,88)	2,03 (0,46)	25,90*** / 0,21
Tipo II (N = 71)	3,21 (0,75)	2,42 (0,62)	60,67*** / 0,39
	Hostilidad Pre	Hostilidad Post	
Tipo I (N = 29)	3,15 (0,69)	2,31 (0,64)	28,67*** / 0,23
Tipo II (N = 71)	3,33 (0,57)	2,40 (0,64)	95,13*** / 0,49

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; $\eta^2_{parcial}$ = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

A continuación se describen los resultados encontrados en el cuestionario relativo a sintomatología psicopatológica medida a través del SCL-90-R (Tabla 10.21).

Para la escala de Somatización, se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 17,57$, $p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 50,32$, $p < .001$) siendo el tamaño del efecto superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,34$).

En cuanto a la escala de Obsesión-compulsión, se han observado diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 39,45$, $p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 103,11$, $p < .001$) observando un tamaño del efecto superior para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,52$).

Prestando atención a la escala de Sensibilidad interpersonal, se obtienen diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 17,56$, $p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 73,39$, $p < .001$) con un tamaño del efecto superior en el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,43$ vs. 0,15 respectivamente).

Respecto la escala Depresión, se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 34,41$, $p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 109,29$, $p < .001$) con un tamaño del efecto de nuevo superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,53$).

En la escala de Ansiedad, se encuentran diferencias significativas para el Tipo I, ($F_{(1,97)} = 18,40$, $p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 90,94$, $p < .001$) con un tamaño del efecto del 48% para el Tipo II que es superior al Tipo I.

Tabla 10.21. Medias de los grupos de pacientes en la Escala SCL-90R, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Somatización Pre	Somatización Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{\text{parcial}}$
Tipo I (N = 29)	1,13 (0,89)	0,43 (0,50)	17,57*** / 0,15
Tipo II (N = 71)	1,21 (0,87)	0,49 (0,45)	50,32*** / 0,34
	Obsesión-compulsión Pre	Obsesión-compulsión Post	
Tipo I (N = 29)	1,71 (0,78)	0,60 (0,32)	39,45*** / 0,29
Tipo II (N = 71)	1,85 (0,96)	0,74 (0,57)	103,11*** / 0,52
	Sensibilidad interpersonal Pre	Sensibilidad interpersonal Post	
Tipo I (N = 29)	1,19 (0,84)	0,50 (0,36)	17,56*** / 0,15
Tipo II (N = 71)	1,51 (0,86)	0,64 (0,45)	73,39*** / 0,43
	Depresión Pre	Depresión Post	
Tipo I (N = 29)	1,61 (0,86)	0,67 (0,38)	34,41*** / 0,26
Tipo II (N = 71)	1,82 (0,87)	0,79 (0,50)	109,29*** / 0,53
	Ansiedad Pre	Ansiedad Post	
Tipo I (N = 29)	1,13 (0,92)	0,39 (0,34)	18,40*** / 0,16
Tipo II (N = 71)	1,49 (0,96)	0,47 (0,40)	90,94*** / 0,48
	Hostilidad Pre	Hostilidad Post	
Tipo I (N = 29)	0,71 (0,66)	0,24 (0,28)	7,46** / 0,07
Tipo II (N = 71)	1,13 (0,89)	0,36 (0,41)	52,79*** / 0,35
	Ansiedad fóbica Pre	Ansiedad fóbica Post	
Tipo I (N = 29)	0,53 (0,61)	0,19 (0,22)	5,57* / 0,05
Tipo II (N = 71)	0,84 (0,86)	0,27 (0,28)	40,22*** / 0,29
	Ideación paranoide Pre	Ideación paranoide Post	
Tipo I (N = 29)	1,63 (0,77)	0,56 (0,35)	49,10*** / 0,34
Tipo II (N = 71)	1,62 (0,85)	0,66 (0,46)	102,63*** / 0,51
	Psicoticismo Pre	Psicoticismo Post	
Tipo I (N = 29)	1,07 (0,80)	0,31 (0,19)	24,26*** / 0,20
Tipo II (N = 71)	1,26 (0,88)	0,43 (0,36)	76,49*** / 0,44
	GSI Pre	GSI Post	
Tipo I (N = 29)	1,25 (0,67)	0,47 (0,28)	33,04*** / 0,25
Tipo II (N = 71)	1,47 (0,76)	0,58 (0,38)	115,48*** / 0,54

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica; η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Se observan diferencias significativas para la escala de Hostilidad para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 7,46, p < .01$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 52,79, p < .001$) con un tamaño del efecto superior para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,35$).

Se aprecia para la escala de Ansiedad fóbica diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 5,57, p < .05$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 40,22, p < .001$) con un tamaño del efecto superior para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,29$).

En la escala de Ideación paranoide, se muestran diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 49,10, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 102,63, p < .001$) donde el tamaño del efecto es superior en el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,51$ vs. $0,34$ respectivamente).

En cuanto a la escala de Psicoticismo, se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 24,26, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 76,49, p < .001$) siendo el tamaño del efecto para el Tipo I y el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,20$ vs. $0,44$ respectivamente).

Para finalizar, la escala denominada Índice General de Síntomas (IGS), se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 33,04, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 115,48, p < .001$) mostrándose superior el tamaño del efecto en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,54$) (Tabla 10.21).

En relación a las escalas de personalidad medidas por el Cuestionario para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II) se analizan las diferencias entre el pre y postratamiento para cada uno de los grupos y se hallan diferencias estadísticamente significativas en cada una de las 12 patrones de personalidad en el Tipo II y para el Tipo I en todas excepto en una. (Tabla 10.22).

En la escala de Evitación, se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 7,42, p < .01$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 29,01, p < .001$) siendo el tamaño del efecto superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,23$).

Para la escala de Dependencia, se aprecian diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 10,63, p < .01$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 13,37, p < .001$) observando un tamaño del efecto ligeramente mayor en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,12$).

Tabla 10.22. Medias de los grupos de pacientes en la SCID II, resultados del ANCOVA y tamaño del efecto del programa para cada grupo (n = 100).

	Evitación Pre	Evitación Post	Diferencia de medias $F_{(1,97)} / \eta^2_{\text{parcial}}$
Tipo I (N = 29)	2,63 (1,83)	1,79 (1,44)	7,42** / 0,07
Tipo II (N = 71)	3,46 (1,89)	2,44 (1,25)	29,01*** / 0,23
	Dependencia Pre	Dependencia Post	
Tipo I (N = 29)	3,17 (1,72)	2,06 (1,39)	10,63** / 0,10
Tipo II (N = 71)	3,28 (1,89)	2,52 (1,55)	13,37*** / 0,12
	Obsesivo-compulsivo Pre	Obsesivo-compulsivo Post	
Tipo I (N = 29)	3,62 (1,81)	1,94 (1,76)	21,23*** / 0,18
Tipo II (N = 71)	4,21 (1,81)	2,27 (1,63)	74,61*** / 0,44
	Pasivo-agresivo Pre	Pasivo-agresivo Post	
Tipo I (N = 29)	3,70 (1,84)	1,83 (1,38)	29,58*** / 0,23
Tipo II (N = 71)	3,68 (1,92)	2,14 (1,30)	52,19*** / 0,35
	Depresivo Pre	Depresivo Post	
Tipo I (N = 29)	4,36 (1,61)	4,09 (4,43)	0,28 n.s. / 0
Tipo II (N = 71)	4,40 (1,81)	3,63 (1,44)	6* / 0,06
	Paranoide Pre	Paranoide Post	
Tipo I (N = 29)	4,08 (2)	1,25 (1,85)	55,53*** / 0,36
Tipo II (N = 71)	3,99 (1,99)	1,46 (1,59)	115,44*** / 0,54
	Esquizotípico Pre	Esquizotípico Post	
Tipo I (N = 29)	3,41 (2,41)	1,39 (1,05)	16,21*** / 0,14
Tipo II (N = 71)	4,04 (2,76)	1,42 (1,77)	71,47*** / 0,42
	Esquizoide Pre	Esquizoide Post	
Tipo I (N = 29)	1,92 (1,31)	0,77 (0,85)	19,75*** / 0,17
Tipo II (N = 71)	2,17 (1,44)	0,75 (0,65)	78,61*** / 0,45
	Histriónico Pre	Histriónico Post	
Tipo I (N = 29)	1,81 (1,83)	0,38 (0,65)	30,74*** / 0,24
Tipo II (N = 71)	1,40 (1,32)	0,46 (0,86)	34,88*** / 0,26
	Narcisista Pre	Narcisista Post	
Tipo I (N = 29)	6,54 (3,45)	2,52 (2,27)	43,30*** / 0,31
Tipo II (N = 71)	6,05 (3,31)	3,01 (2,42)	64,27*** / 0,40
	Límite Pre	Límite Post	
Tipo I (N = 29)	9,08 (4,04)	5,78 (2,84)	32*** / 0,25
Tipo II (N = 71)	8,67 (3,29)	6,14 (2,58)	49,27*** / 0,34
	Antisocial Pre	Antisocial Post	
Tipo I (N = 29)	3,83 (3,51)	1,99 (2,74)	11,92** / 0,11
Tipo II (N = 71)	4,67 (3,92)	2,83 (3,36)	31,14*** / 0,24

Nota. Los valores de las columnas indican la media y entre paréntesis desviación típica;

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial o tamaño del efecto; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Respecto la escala de Obsesión-compulsión, se muestran diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 21,23, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 74,71, p < .001$) con un tamaño del efecto superior en el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,44$ vs. $0,18$ respectivamente).

Respecto la escala de personalidad Pasivo-agresivo, se encuentran diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 29,583, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 52,19, p < .001$) con un tamaño del efecto de nuevo superior en el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,35$).

En la escala de personalidad depresiva, no se encuentran diferencias significativas para el Tipo I, en cambio, se observan diferencias significativas para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 6, p < .05$) que muestra un tamaño del efecto del 6%.

En cuanto a la escala Paranoide, se observan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 55,53, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 115,44, p < .001$) con un tamaño del efecto superior para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,54$).

Para la siguiente escala, personalidad Esquizotípica, se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 16,21, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 71,47, p < .001$) con un tamaño del efecto superior para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,42$).

Se encuentran para la escala Esquizoide, se muestran diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 19,75, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 78,61, p < .001$) donde el tamaño del efecto es superior en el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,17$ vs. $0,45$ respectivamente).

En concreto, para la escala Histriónica, se aprecian diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 30,74, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 34,88, p < .001$) donde el tamaño del efecto es similar para el Tipo I y el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,24$ vs. $0,26$ respectivamente).

Para la escala Narcisista, se hallan diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 43,30, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 64,27, p < .001$) siendo similar el tamaño del efecto aunque mayor nuevamente para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,40$).

En la escala de personalidad Límite, se encuentran diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 32, p < .001$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 49,27, p < .001$) que muestra un tamaño del efecto mayor para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,34$).

Para finalizar, la escala Antisocial muestra diferencias significativas para el Tipo I ($F_{(1,97)} = 11,92, p < .01$) y para el Tipo II ($F_{(1,97)} = 31,14, p < .001$) que muestra un tamaño del efecto mayor para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,24$).

CAPÍTULO 11. DISCUSIÓN

11.1. Primer estudio: Tipologías como forma de clasificación en base al análisis de conglomerados

Desde las distintas formulaciones teóricas e investigaciones clínicas realizadas en las últimas décadas, se evidencia la existencia de diferentes tipos de consumidores con características sustancialmente diferentes, como las de Babor y Cloninger (Babor et al., 1992a, 1992b; Cloninger et al., 1988). Ambas encaminadas a diferenciar un tipo de dependencia de alcohol más precoz, con mayor carga genética y mayor presencia de psicopatología y peor pronóstico (Gual, 2006). Estas tipologías ayudan a comprender de forma más profunda y explícita los Trastornos por consumo de sustancias, facilitando al clínico el poder diseñar programas y abordajes con evidencia empírica, más ajustados al tipo de paciente que atiende en el recurso donde desempeña su labor clínica (NIDA, 2009). En palabras del Dr. Skinner, Jellinek *“abrir la puerta a la comprensión de determinantes y etiología de los problemas del alcohol así como empatizar con la necesidad de realizar intervenciones para los distintos subgrupos o tipos de pacientes”* (Jellinek, 1960a, 1960b).

Desde el campo de la investigación, los drogodependientes no son un grupo homogéneo si no que parecen existir variables diferenciales, no obstante los resultados no se muestran del todo concluyentes (Babor et al., 1992a; Babor et al., 1992b; Cuadrado, 1999). Además, a la luz de las distintas investigaciones, y en relación a diferentes tipologías relacionadas con el alcohol, hay autores que hablan de la existencia igualmente de tipologías en otro tipo de sustancias, por ejemplo, de consumo cocaína y opiáceos (Ahmadi, Kampman, Dackis, Sparkman y Pettinati, 2008; Babor, Dolinsky, Rounsaville y Jaffe, 1988; Babor et al, 1992b; Ball, Carroll, Babor y Rounsaville, 1995; Ball, Kranzler, Tennen, Poling y Rounsaville, 1998). Por ejemplo, el esclarecer la evidencia acerca de la existencia de subtipos en dependientes de cocaína proporciona también validez de cara al establecimiento de clasificaciones tipológicas para consumidores de otras sustancias distintas al alcohol (Alterman, Droba y McLellan, 1995).

El tema acerca del esclarecimiento de tipologías en drogodependencias es relativamente reciente, siendo básico previamente, el definir qué se entiende por tipología. En palabras de Babor (1994) una tipología haría referencia a un sistema de

clasificación y un conjunto de decisiones o normas utilizadas para diferenciar grupos relativamente homogéneos. Las tipologías son univariadas cuando se basan en una sola variable (por ejemplo, el sexo, la edad de inicio) o ámbito (por ejemplo, historia familiar, características de personalidad de personalidad, psicopatología), y multivariado cuando se basan en una combinación de distintas variables o ámbitos, mostrando estas segundas una mayor utilidad para el estudio de la población con Trastornos por consumo de alcohol (Babor et al. 1992a) aunque hay autores que hablan que una u otra clase de tipología no parecen mostrar resultados concluyentes o predictores de cara al resultado del tratamiento (Babor, et al. 1992a, 1992b; Epstein, Labouvie, McCrady, Jensen y Hayaki, 2002). Babor y colaboradores llegan a comparar las tipologías uni y multidimensionales concluyendo que una aproximación multidimensional a la hora de realizar conglomerados podría ser más útil de cara al tratamiento de los individuos con dependencias de sustancias. Aunque los resultados no se muestren concluyentes, pensando en su conveniencia, un enfoque tipológico puede ser útil para la clasificación, correspondencia de cara al tratamiento, predecir el curso y el resultado, y para esclarecer la etiología (Cuadrado, 1999). En España existen autores que han realizado clasificaciones de distintos subtipos de consumidores (Belda, Cortés, y Tomás, 2010; Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008; López y Becoña, 2008; Pedrero y Ruíz, 2012; Sánchez-Hervás, Tomás, Molina, Del Olmo y Morales, 2002a) , aunque pocos han llegado más allá de la mera clasificación o establecimiento de tipologías, en el sentido de comprobar la eficacia de tratamientos para las distintas tipologías de cara a establecer resultados más sólidos (Alterman et al, 1995; Graña, Muñoz y Navas, 2007; Muñoz, 2005; Muñoz, Navas, Graña y Martínez, 2006; Pérez Del Río, 2012; Sánchez et al.2011; Sánchez-Hervás et al. 2008).

En un estudio publicado en 2006 Muñoz y colaboradores, se extraen dos perfiles dados por análisis de conglomerados bien diferenciados de consumidores, un perfil más alcohólico donde la principal fuente de ingresos era el empleo y otro perfil heroinómano y politoxicómano, con una fuente de ingresos más heterogéneos, así como la obtención por medio de fuentes ilegales. Se suma a los trabajos realizados en esta línea de Graña y colaboradores (2007, 2008 y 2009) la presente tesis doctoral, donde surge el interés por estudiar el tipo de población que accede a tratamiento, en este caso, a una Comunidad terapéutica de tratamiento a drogodependientes y estudiar si existen diferentes tipos de consumidores en función de una serie de variables relevantes ya estudiadas por estos autores.

En esta línea de estudio, los resultados que se han obtenido tras realizar un análisis de conglomerados en base variables sociodemográficas, de consumo y de gravedad de la adicción, se muestran también dos tipos de consumidores que difieren estadísticamente en las variables medidas para crear los conglomerados y que hemos denominado Tipo I, grupo de individuos con consumo principal de alcohol, y Tipo II, individuos con consumo de varias sustancias indistintamente (polidependencia).

En este primer estudio se ha cumplido la primera hipótesis, arrojando diferencias significativas en los dos grupos encontrados aunque no en todas las variables medidas. El primer grupo Tipo I o alcohólicos, en cuanto a las variables sociodemográficas, presenta mayor edad y con una tendencia a menor escolaridad. Presenta mayor número de años de consumo de alcohol, siendo las áreas de gravedad de la adicción más afectadas las relacionadas con problemas con el alcohol y problemas psicológicos.

El consumo prematuro de alcohol tiende a que se produzca un abandono de estudios y rápida incorporación al mundo laboral, por lo que la tendencia es que se beneficien con los años de ingresos derivados del empleo o pensiones derivadas de la seguridad social resultado de la cronificación de la adicción. Existe un alto porcentaje de participantes que han requerido una medida de desintoxicación hospitalaria previa al ingreso en el recurso residencial derivado de la cronificación en la dependencia de alcohol aunque no esta variable no ha podido ser discriminativa entre ambos grupos. El Tipo I ha acumulado un importante número de problemas derivados del consumo, principalmente problemas psicológicos, y no tanto problemas relativos a las áreas médica y familiar como se había planteado en la primera hipótesis, no obstante se han obtenido puntuaciones elevadas que reflejan una percepción importante de malestar en estas áreas, como señalan otros investigadores que sí encuentran estas áreas más afectadas en grupos de consumidores de alcohol con edades más precoces en el inicio del consumo y con mayor cronificación en la adicción (Graña et al., 2007, 2008 y 2009; Muñoz, 2005; Muñoz et al. 2006).

El segundo grupo, Tipo II con dependencia mixta o polidependencia, es un grupo de menor edad y con una tendencia a presentar mayor escolaridad (ésta última sin llegar a ser significativa). Presenta mayor número de años de consumo de distintas sustancias como la cocaína, cannabis, heroína, metadona y anfetaminas, siendo el área de drogas la más afectada. En este sentido, el Tipo II es un grupo que presenta mayor número de años de consumo a lo largo de la vida, principalmente la cocaína, benzodiacepinas o ansiolíticos y cannabis, encontrándose en este grupo algunos antiguos heroinómanos (en

menor porcentaje) así como nuevos consumidores de heroína que suelen consumirla alternando con la cocaína (“rebujito” y otras variantes). Aunque el consumidor de heroína continúa existiendo, lo cierto es que se ha ido sustituyendo y consolidando un consumidor predominantemente cocainómano, que aunque abusa de otras sustancias como el alcohol principalmente, cannabis y benzodicepinas, se diferencia del alcohólico más puro. No es de extrañar que este grupo presente mayor número de años de consumo en el cannabis, ya que es una de las sustancias más consumidas en el mundo, registrándose un aumento de la prevalencia en el 2011 en comparación con anteriores estimaciones (3,9%) de la población entre los 15 a los 64 años (OEDT, 2011), tampoco es de extrañar el importante consumo de ansiolíticos y benzodicepinas y el consumo de alcohol, ya que utilizan las distintas sustancias como sustitución a la sustancia principal de consumo cuando no tienen acceso a ella. Lógicamente, este grupo también cuenta con problemas en las distintas áreas personales como en el Tipo I, siendo relevantes las relacionadas con el trabajo/ocio y por supuesto legales (sin llegar a encontrar diferencias estadísticamente significativas), debido a que el consumo de cocaína y heroína conlleva a la realización de actividades ilegales, encontrándose involucrados en delitos de tráfico y robo, por lo que presentan causas judiciales pendientes y que incluso, algunos de ellos, acceden al recurso derivados de centros penitenciarios con medidas de internamiento aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas entre ambos grupos de consumidores.

El hecho de que las diferencias no sean significativas en todas las variables, hace pensar que los individuos que acceden aun recurso residencial de tercer nivel asistencial cuentan con historias cronificadas donde se muestra difícil establecer diferencias claras, todos presentan una larga trayectoria de consumo así como importantes consecuencias acarreadas hasta tal punto que pueden equipararse ambos grupos (Tipo I y Tipo II), comparada con historias menos cronificadas que acceden a recursos más ambulatorios o de segundo nivel asistencial (Observatorio de Drogodependencias de CLM, 2014).

En relación a la segunda hipótesis, se presentan ciertas diferencias significativas en las variables sociodemográficas entre ambos en relación a la edad, género, años de educación y fuente de ingresos. La edad parece ser una variable discriminante para establecer tipologías y para diferenciar un consumidor más precoz y con mayor carga genética cumpliéndose el primer corolario, lo que iría en la dirección planteada por otros autores (Babor et al 1992a, y Cloninger et al. 1987). El Tipo I presenta una edad media superior con respecto al Tipo II, un consumidor de alcohol de grandes dosis de

mayor gravedad con una menor representación en número en el recurso de tratamiento comparado con el Tipo II o policonsumidor más joven aunque un grupo más común o más amplio. Con respecto al segundo corolario, en el Tipo I, sin llegar a cumplirse, se observa una mayor presencia de mujeres consumidoras de alcohol con una historia cronificada y acumulada de fracasos que tienden a consumir alcohol de forma oculta (así como de ansiolíticos o benzodiacepinas) y que de una forma más tardía accede a los servicios asistenciales o residenciales por la victimización del propio entorno y de la sociedad, así como el temor a la pérdida de los hijos, no obstante, las diferencias no han sido llegado a ser significativas. Según las estadísticas realizadas en los últimos años, el consumo de alcohol y de ansiolíticos son una de las sustancias que está aumentando de forma considerable en las mujeres con una progresión mayor que en los hombres en los distintos tramos de edad y con una tendencia a poder igualarse su consumo en los próximos años (OEDT, 2011, 2013; Observatorio de Drogodependencias de CLM, 3014). Según el tercer corolario, la variable de educación aunque no es discriminativa entre ambos tipos, sí evidencia una tendencia a una menor escolaridad en el tipo de consumidor más precoz como indican otros estudios que refuerzan el estudio de tipologías (Muñoz, 2005; Muñoz et al., 2006). Por último, con respecto al cuarto corolario, aunque tampoco llega a cumplirse, el Tipo II presenta mayor porcentaje en relación a la fuente de ingresos proveniente de fuentes ilegales, siendo un consumidor de sustancias ilegales, que se ve más envuelto en robos, prostitución, tráfico, etc., mientras que el Tipo I la fuente de ingresos es más derivada de medios legales, pensiones o ayudas en general (Muñoz, 2005; Muñoz et al., 2006).

En cuanto a la tercera hipótesis, también se presentan diferencias significativas en las variables de consumo entre ambos consumidores, cumpliéndose el primer corolario que apunta a una mayor número de años de consumo de alcohol en el Tipo I y de drogas en el Tipo II, no obstante, el Tipo I no es puramente alcohólico, así como que el Tipo II ha abusado en algún momento de fases de consumo importante de alcohol, aunque no igualándose al Tipo I. El alcohol es una droga que se encuentra totalmente extendida en la sociedad española, encontrándose que el 78,3% ha consumido en los últimos 12 meses y un 93,1% alguna vez en la vida (OEDT, 2013), un dato que resulta sorprendente, así como el aumento de la tolerancia por parte de la sociedad y de los jóvenes con respecto a su consumo y consecuencias derivadas, y que puede abrir una puerta hacia el consumo de otras sustancias, por lo que es importante la labor de prevención de los distintos agentes y organismos de salud.

En relación al segundo corolario, los resultados muestran dos perfiles, alcohólico y polidependiente, ambos consumen benzodiacepinas y ansiolíticos como forma de atenuar síntomas derivados de la ausencia de la sustancia principal de consumo, además que en la mayoría de los casos están contenidos en los tratamientos farmacológicos pautados por la alta comorbilidad asociada que presentan, lo que sugiere que nos encontramos ante adicciones ocultas para el propio clínico y ante lo que es importante prestar atención, así tanto el Informe Mundial sobre las Drogas (2013) como el Observatorio Nacional de drogas (2011) alerta sobre el aumento del consumo de ansiolíticos con receta médica como sin ella, lo que exige priorizar medidas en este sentido. En este sentido, el Informe Mundial sobre Drogas (2013) también alerta del aumento exponencial del consumo de estimulantes, tipo anfetaminas aunque en nuestro estudio no se observa evidencia del mismo, posiblemente porque este tipo de consumidores se encuentren en los dispositivos ambulatorios o de segundo nivel.

En relación al tercer corolario relativo a la procedencia de los consumidores, el Tipo I ha necesitado previamente al ingreso en el recurso residencial desintoxicación hospitalaria, mientras que el Tipo II ha procedido de las Unidades de Conducta Adictiva (UCA) donde han podido realizar una desintoxicación ambulatoria en su entorno, así como de salud mental o de centros penitenciarios en mayor medida comparado con el Tipo I, no obstante las diferencias no son estadísticamente significativas aunque la tendencia es la señalada. Los dependientes de alcohol a grandes dosis suelen requerir una desintoxicación hospitalaria debido a los riesgos que supone para la vida el síndrome de abstinencia del alcohol (Freixa, Masferrer y Sala, 1988).

Atendiendo a la cuarta hipótesis, los resultados no son del todo concluyentes, los índices de gravedad no llegan a diferenciar ambos grupos en todas las áreas evaluadas como se había planteado inicialmente. Se muestran diferencias estadísticamente significativas en el área de consumo de alcohol a grandes dosis para el Tipo I y de consumo de drogas para el Tipo II como era de esperar, también aparecen significativas las diferencias en el área de problemas psicológicos donde el Tipo I percibe un mayor nivel de malestar psicológico, posiblemente relacionado con mayor número de hospitalizaciones tras episodios de intoxicación importantes, sintomatología anímica y ansiosa asociada, sentimientos de impotencia, desesperanza, etc. Apuntar que aunque las diferencias no sean significativas, la tendencia se dirige en la dirección planteada inicialmente, donde el Tipo I perciben mayor malestar en el área relativa a problemas médicos y familiares, así como el Tipo II la tendencia es un mayor malestar relativo al

área laboral y legal resultados que por el contrario sí encuentran otros estudios relevantes que señalan la existencia de mayor gravedad en los distintos índices en el grupo de consumidores más precoces y cronificados (Muñoz, 2005; Muñoz et al., 2006). Se entiende que al llegar a un recurso como el que procede la muestra, todas y cada una de las distintas áreas personales se encuentran gravemente afectadas pues los trastornos por consumo de sustancias se encuentran en un nivel de gravedad alto, así como el hecho de llegar hasta aquí significa una señal de petición de ayuda importante puesto que sus vidas se encuentran ampliamente deterioradas. En este sentido, no se encuentran diferencias en ambos grupos en el área que evalúa problemas médicos, laborales, de ocio, legales y familiares, aunque si se observan alguna tendencia sin ser significativa. Hay autores (Epstein y col., 2002) que hablan de cierta heterogeneidad dentro de la homogeneidad de los grupos, lo que podría explicar que ante determinadas variables no se pudieran apreciar diferencias significativas.

En resumen este primer estudio ofrece una visión de los perfiles de drogodependientes que acceden a un recurso asistencial y residencial de tercer nivel, un grupo amplio de pacientes con problemas de alcoholismo importantes y otro grupo de consumidores de varias sustancias o policonsumidores. Ambos grupos son individuos que han fracasado sus intentos de superar sus problemas de forma ambulatoria y precisan de tratamientos más intensivos, ajustados a sus necesidades y especializados para poder abordar sus problemas de forma integral. Aunque ambos grupos se caracterizan por ser consumidores cronificados en el tiempo, también se encuentran gravemente afectados, en este sentido, el Tipo I es un perfil de dependencia precoz en cuanto a la edad aunque quizá se ha desarrollado de forma más lenta, acumulando igualmente consecuencias adversas en cada una de las áreas personales, en cambio, el Tipo B es un perfil de consumidor más tardío en cuanto al inicio del consumo aunque más rápido en acumular un importante número de consecuencias adversas. Éstos también muestran una mayor cantidad, frecuencia, duración, gravedad, y efectos adversos si tenemos en cuenta que consumen distintas sustancias, parecen haber desarrollado a más velocidad la dependencia, así como un importante desarrollo en cuanto a gravedad acumulada en todas las áreas personales, lo que les podría llevar a un peor pronóstico en relación al tratamiento (Ball, Carroll, Babor y Rounsaville, 1995). Quizá esta clasificación encontrada podría indicarnos que el perfil que accede a un recurso de tercer nivel sea un tipo de consumidor cronificado, más precoz con mayor carga genética con un predominio de consumo de alcohol a grandes dosis

principalmente similar al Tipo A de Babor, y un tipo de consumidor con polidependencia con mayor influencia ambiental similar al tipo B de Babor que en poco tiempo ha acumulado también consecuencias importantes.

En este sentido, y partiendo de esta diferenciación de consumidores, se muestra de interés estudiar otras variables clínicas como es el componente motivacional y psicopatológico en el momento inicial de tratamiento, para observar hasta qué punto partiendo de esta situación inicial, pueden avanzar y mejorar dentro del tratamiento, así como si sería el tratamiento realizado en una comunidad terapéutica modificada o adaptada objeto de estudio, más beneficioso para un tipo o para otro, objetivo que se contempla y discute en los dos próximos estudios.

11.2. Segundo estudio: Análisis de los perfiles de drogodependientes

La búsqueda de tratamiento en la dependencia de sustancias, casi siempre se hace en situaciones de crisis y para resolver enfermedades y problemas que se atribuyen en mayor o menor medida al consumo de las mismas más que para abordar la dependencia. Esta ausencia de conciencia de enfermedad, explicaría el por qué un amplio porcentaje de individuos que inician tratamiento se mantienen en éste poco tiempo, siendo en este sentido el ser conciente del problema y poseer cierta motivación una parte fundamente a la hora de iniciar un tratamiento.

El trastorno por consumo de sustancias de moderado a grave (APA, 2014) se plantea como una enfermedad con una tendencia a la recaída que va más allá de la voluntad y motivación de los pacientes, y que lleva a plantear a los profesionales una nueva y más amplia visión del tratamiento, cuyas funciones serían similares a las que cumple el tratamiento en otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, es decir, funciones de estabilización, mantenimiento y resolución de crisis y recaídas. Los tratamientos suelen ser eficaces a corto plazo y medio plazo, y mientras se están aplicando, donde sus efectos se manifiestan fundamentalmente en una disminución del número de episodios de consumo y mejora del funcionamiento general y calidad de vida de los pacientes (Martinez et al., 2011), no obstante, disminuye su papel a medida que va pasando el tiempo desde la finalización del mismo y a medida que se prolonga el tiempo de seguimiento.

En este sentido, si como profesionales de la salud el deseo es adaptar los programas de tratamiento a la población que accede a él, el interés debe ir dirigido a

estudiar las distintas tipologías de consumidores que acceden a los dispositivos y contemplar las variables que pueden estar relacionadas (tanto motivacionales como psicológicas) y que pueden variar y evolucionar a lo largo del tratamiento. Existen investigaciones que se han acercado al estudio de la motivación y de otras variables relacionadas con los distintos tipos de consumidores existentes, así como la evolución de estas variables a lo largo de un tratamiento (Anatchkova, Velicer y Prochaska, 2005, 2006a, 2006b; Graña et al., 2008; Lopez y Becoña, 2008; Muñoz, 2005; Muñoz, Navas, Graña y Martinez, 2006; Pérez Del Rio, 2012; Sanchez-Hervás, et al. 2002a, 2002b, 2002c).

En este segundo estudio, se planteaba establecer las diferencias que puedan existir entre los dos conglomerados hallados en el primer estudio y en un momento inicial de tratamiento para después evaluar los cambios hallados en un momento posterior.

Así pues, con respecto a la primera hipótesis, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos tipos con respecto al estadio de cambio en el que se encuentran, si bien cabe señalar que las medias en ambos conglomerados son menores en el estadio de precontemplación que en el resto de los estadios y mayores en contemplación y actuación, es decir, puntúan de forma importante en varios estadios apoyando la idea de otros autores que contemplan que los estadios no son cualitativamente independientes entre sí (Herzog y Blagg, 2007). No obstante, independientemente de que existan o no diferencias, lo que muestran los resultados es que los individuos que acceden al recurso se encuentran como mínimo en estados contemplativos lo que indica que son conscientes de que existe un problema y se contempla de alguna manera abandonar el problema en los próximos meses, así como en la etapa de acción o actuación, donde la persona invierte considerable tiempo y energía en modificar la conducta o realizar cambios en su entorno para afrontar el problema de sustancias, de hecho el llegar al recurso implica un cambio con respecto a su conducta anterior, y del que se puede deducir cierto compromiso personal, aunque en palabras de Miller (1991) *“El compromiso sólido por sí solo no garantiza el cambio”*.

Con respecto a la segunda hipótesis, acerca de diferencias significativas en los procesos de cambio, se cumple para tres de los diez procesos de cambio siendo superior en el Tipo I en el proceso de Aumento de conciencia (7,83 vs. 6,61, $t_{(98)}= 2,26, p<.05$) y

Manejo de contingencias (9,24 vs. 7,93, $t_{(98)}= 2,11$, $p<.05$) , y la media de puntuaciones es superior en el Tipo II para el proceso de reevaluación ambiental (10,76 vs. 9,76, $t_{(98)}=2,26$, $p<.05$). Los procesos de cambio hace referencia a las cogniciones, conductas y emociones que las personas emplean para cambiar sus comportamientos, en definitiva son las estrategias o tareas que realizan las personas para conseguir cambios. En este sentido en el Tipo I (alcohólicos principalmente) se encuentran en un proceso de toma de conciencia acerca del problema, buscan mayor información acerca del mismo e intentan modular su conducta a través de contingencias relacionadas con su problema que supone ser consciente de la auto y hetero-administración de recompensas y castigos en relación a su actos de forma contingente, es considerada como una estrategia conductual dentro del Modelo de Prochaska y Diclemente. Por otro lado, el Tipo II (policonsumidores) muestra diferencias con el otro grupo en el proceso de Reevaluación ambiental, este proceso cognitivo-emocional, supone un momento de mayor reflexión acerca de las consecuencias de la conducta en su entorno más cercano y en sus relaciones interpersonales. Si la conducta de consumo de este grupo se encuentra más fuertemente relacionada con factores ambientales, es posible que por ello sean más conscientes de la evaluación de las situaciones de riesgo que les predisponen a consumir que el Tipo I. Anatchkova, Velicer y Prochaska (2005, 2006a, 2006b) mediante un análisis de conglomerados, encontraron distintos grupos heterogéneos en los primeros estadios de cambio (clásicos, en progreso, iniciales, en retroceso) los cuales se diferenciaban por una utilización propia y diferenciada de los distintos procesos de cambio y de otras variables motivacionales, lo que podría reforzar los resultados encontrados de que aunque se encuentren ambos grupos (Tipo I y Tipo II) en estadios iniciales similares, se diferencien en alguna medida en la utilización particular de distintos procesos de cambio.

No se han hallado diferencias significativas agrupando los procesos en cognitivos-afectivos y conductuales. Los procesos cognitivo-emocionales parecen alcanzar su punto máximo en las primeras etapas de cambio, mientras que los procesos comportamentales son más utilizados en etapas más tardías del cambio (Fava, Velicer, y Prochaska, 1995; Prochaska y Velicer, 1997; Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi, y DiClemente, 1991). En el análisis, no se encuentren diferencias significativas en ambos tipos de consumidores al inicio de tratamiento como otros autores (Sánchez-Hervás et al, 2002a). En esta etapa inicial de tratamiento, las puntuaciones tienden a ser superiores

en los procesos cognitivos más que en los conductuales, lo que refuerza la idea de que se sitúan en las primeras etapas del cambio, una conclusión lógica teniendo en cuenta que el pretest se realiza en el primer mes de tratamiento. En este sentido, estos resultados pueden ayudar al profesional a diseñar la estrategia de intervención, y centrarse en si el paciente llega al tratamiento utilizando de forma errónea algunos procesos o si por el contrario, los está sobreutilizando, lo que aporta la oportunidad enseñar nuevos procesos al paciente y redirigir los esfuerzos de cambio hacia etapas y niveles más avanzados de cambio (Tejero y Trujols, 1994).

En relación a la tercera hipótesis, no se evidencian diferencias significativas en las medidas de balance decisional en ambos grupos. Los estudios hacen referencia al proceso cognitivo interno en el que el individuo balancea los pros (beneficios) y contras (costes) acerca del cambio, en este caso, la abstinencia de sustancias en las distintas etapas, siendo ésta una variable predictora del cambio en las etapas más iniciales (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985). Atendiendo al Modelo Transteórico del Cambio, en la etapa de precontemplación los pros de consumir son superiores a los contras, en contemplación tanto pros como contras son similares aunque los pros son mayores sin mostrar una diferencia significativa, en la etapa de acción y en mantenimiento los contras aparecen como más elevados significativamente (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska et al., 1994). En los resultados hallados, los pros de consumir se muestran con puntuaciones menores a los contras para ambos grupos, en cambio, los contras o inconvenientes del consumo se muestran superiores para ambos grupos. Esto lleva a pensar que los pacientes en este primer momento ya contemplan los efectos negativos o repercusiones que ha tenido en su vida el consumo de sustancias, lo que puede facilitar un compromiso personal y la decisión comprometida de abstinencia, situándolos en estados más contemplativos u orientados a la acción. El hecho de decidir iniciar un tratamiento de abstinencia ya sugiere la decisión de los pacientes de provocar un cambio en su estilo de vida. Aunque las diferencias no sean significativas en ambos grupos, tanto los pros de consumir como los contras aparecen algo más elevados en el Tipo I o alcohólicos que en el tipo II o policonsumidores, es decir contemplan más ventajas pero a la vez más contras, mostrando quizá así una ambivalencia mayor acerca del cambio. Si eso fuera así, los pacientes del Tipo I presentarían más dudas acerca del camino hacia el cambio al inicio del tratamiento, percibiendo las consecuencias negativas del consumo pero a la vez

teniendo presente un claro componente de disfrute o placer del consumo. Esto puede plantear al clínico la necesidad de realizar una intervención más intensiva y donde se contemplaran aspectos propios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2009), para explorar y resolver las ambivalencias que puedan presentarse al principio del tratamiento, así como las dudas acerca de si será posible el cambio, ya que son individuos con historias reiteradas de fracasos en tratamientos anteriores, por lo que también presentan mayor riesgo de abandonar el tratamiento.

En relación a la cuarta hipótesis, tampoco se encuentran diferencias significativas en las expectativas de autoeficacia entre ambos tipos de pacientes, si bien es cierto, la autoeficacia percibida se muestra superior en el Tipo II con respecto al Tipo I. Teniendo en cuenta que el Tipo I presentaba una tendencia a mayor de pros y contras con respecto al Tipo II, es lógico pensar que al encontrarse con una mayor ambivalencia presenten una autoeficacia relativamente menor que el Tipo II, que según apuntan Diclemente y Hudges (1990) son los menos implicados o animados en el proceso de cambio. Según distintos autores, la autoeficacia para enfrentarse a las situaciones de consumo de sustancias aumenta a lo largo del tratamiento, siendo un buen predictor de los resultados del mismo (Annis y Davis, 1989; DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995; Solomon y Annis, 1990). Al igual que los pros y contras del balance decisional van moviéndose a través de los estadios de cambio, lo mismo ocurre con la autoeficacia que va progresivamente creciendo conforme va progresando en su abstinencia pues al ir enfrentándose a situaciones de riesgo y saliendo airoso, las expectativas positivas de éxito van aumentando (Marlatt y Gordon, 1985).

El papel de la autoeficacia en el inicio y la evolución del tratamiento se encuentra muy relacionada con otra variable, los deseos de consumo (Annis y Davis, 1989; Diclemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995). Al respecto, la quinta hipótesis relativa a la existencia de diferencias significativas en la variable de deseo de consumo o *craving* entre ambos grupos (alcohólicos y policonsumidores) no se llega a cumplir, los resultados muestran altas puntuaciones en la variable de deseo de consumo (resultado coherente con el estadio contemplativo) aunque no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos, las puntuaciones tienden a ser superiores para el tipo II o policonsumidores sin llegar a ser significativas. Los policonsumidores suelen ser personas con un alto componente de deseo o "*craving*" que puede llegar a ser más importante que el deseo de preservar la propia salud. La querencia de droga se

encuentra presente en todo proceso de recuperación terapéutica, teniendo un papel importante en la recaída (Becoña et al. 2008), aunque parece que su intensidad parece disminuir de forma gradual conforme aumenta el periodo de abstinencia (López y Becoña, 2008; Sánchez-Hervás, Molina, Olmo, Tomás, y Morales, 2001). A la hora de abordar los deseos de consumo en terapia, es fundamental presentarlo como una respuesta predecible que puede controlarse eficazmente mediante la utilización de técnicas cognitivas y conductuales de autocontrol (Graña, 1994) así como desmontar la creencia de que ante un craving intenso irremediablemente se va a producir un consumo o recaída (Tiffany, 1990).

Siguiendo con la sexta hipótesis planteada, al medir las diferencias en impulsividad, no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las subescalas medidas, no obstante, los valores se muestran superiores de nuevo, en todas las escalas en el Tipo II con respecto al Tipo I. En este sentido, Echeburúa, Bravo de medina y Aizpiri (2008), concluyen que en el análisis de perfiles (siguiendo la diferenciación de Cloninger), el de mayor gravedad presenta una mayor impulsividad, mayor improvisación, ausencia de planificación y mayor nivel de búsqueda de sensaciones en comparación con el perfil de consumidor con menor gravedad (Pedrero y Ruíz, 2012).

La impulsividad ha sido uno de los rasgos más relacionados en pacientes adictos con la mayor facilidad para entrar en contacto con las sustancias, así como en el desarrollo de la adicción o con el desarrollo de las complicaciones psicopatológicas (Roncero et al. 2013). Esta población presenta una baja capacidad para posponer la gratificación o demorar la espera, aunque existen otros factores también muy relacionados con el consumo de sustancias. Si los consumidores de sustancias presentan mayores índices de impulsividad, es razonable pensar que el consumo de varias sustancias lleve implícito una mayor impulsividad que los consumidores de una sola sustancia (Kirby y Petry, 2004; Szerman, Haro, Martinez-Raga y Casas, 2011). Existen estudios que comparan alcohólicos de inicio precoz y tardío, encontrando mayor impulsividad en los de inicio precoz, si además se le suma que el adicto presente patología comórbida la probabilidad las puntuaciones de impulsividad son aún superiores (Dom, De Wilde, Hulstijn, Van den Brink y Sabbe, 2006a; Dom, D'Haene, Hulstijn y Sabbe, 2006b, Dom, Hulstijn y Sabbe, 2006c). Otros autores hablan de impulsividad elevada en los distintos tipos de consumidores (alcohol, cocaína y policonsumidor) aunque sin encuentran diferencias significativas, no obstante encuentran

puntuaciones superiores en impulsividad motora en policonsumidores y cognitiva y no planificada en alcohólicos (Belda, Cortés y Tomás, 2010), no obstante, el consumo crónico o de gravedad de sustancias se relaciona con mayores tasas de impulsividad, que aumenta en mayor medida si la abstinencia reciente (Kirby y Petry, 2004; Moeller et al. 2001, 2002), lo que podría dar peso a la elevación de las puntuaciones en el Tipo II en este estudio al ser consumidores crónicos de múltiples sustancias y con un periodo de abstinencia escaso al inicio del tratamiento. Es importante tener en cuenta también, que el Tipo II presenta patrones de la personalidad límites y antisociales comparando con el tipo I, teniendo en cuenta que la impulsividad es característica de estos patrones de personalidad (APA, 2014) y mayor vulnerabilidad en la expresión de las conductas agresivas y antisociales, podría dar mayor peso en la dirección de los resultados, que aunque no sean diferencias significativas entre grupos, la impulsividad en cada una de las subescalas, se muestra superior en este grupo (Tipo II) con respecto al de alcohólicos (Tipo I).

Otra variable de interés a evaluar de cara a diferenciar ambos conglomerados y observar su evolución es la agresividad. En esta estudio se ha medido a través del cuestionario AQ que mide agresividad (Andreu, Fujihara y Ramirez, 1998; Andreu, Peña y Graña, 2002) y que está compuesto por dos factores instrumentales asociados con la conducta de hacer daño a los demás (agresividad física y verbal), y dos factores emocional-afectivo (irascibilidad y hostilidad) asociados a la agitación fisiológica y preparación para la agresión, así como a sentimientos de malestar o injusticia en su componente más cognitivo. En este sentido, la séptima hipótesis planteada se dirige a discernir la existencia de diferencias significativas en agresión en cada una de las escalas en relación a ambos grupos. Los resultados nos hablan de que sólo se han encontrado diferencias significativas entre ambos tipos en la variable que mide el componente más emocional, la irascibilidad que se muestra superior en el Tipo II con respecto al Tipo I. No obstante, en el resto de las subescalas (agresión física, agresión verbal y hostilidad) las puntuaciones son superiores en el Tipo II con respecto al Tipo I. En este sentido, el grupo de policonsumidores tiende a mostrar una mayor agresividad en general que el grupo de alcohólicos. Otros estudios al comparar los sujetos en perfiles según la gravedad de la adicción, observan diferencias significativas en la escala de Hostilidad (SCL-90-R) en el perfil con mayor gravedad (Echeburúa, et al. 2008).

El Tipo II o politoxicómanos presenta un mayor componente de agresividad sin ser significativa con respecto al grupo I o alcohólicos, esto puede ir relacionado con el comportamiento de este grupo que presenta un componente más alto de violación de las normas sociales junto a la presencia de actividades delictivas, comportamientos asociados habitualmente a los consumidores de cocaína y heroína, en definitiva a policonsumidores. Además este grupo informa de puntuaciones significativas con respecto al grupo I en el componente afectivo, la ira o irascibilidad, que es el componente más fisiológico relacionado con la propensión a explotar a la menor provocación, ante desaires o insultos menores, un componente que puede estar relacionado con el estado inicial en el que se encuentran personas con consumos recientes que pueden encontrarse más desestabilizados y desconfiados, así como una menor tolerancia hacia los contratiempos con respecto al entorno que en momentos posteriores del tratamiento. Además, los hallazgos acumulados hasta la fecha parecen indicar que es probable la existencia de un correlato neuroanatómico que ayude a explicar las conductas agresivas e impulsivas, variables con una mayor presencia en el Tipo II.

Por otro lado, el Tipo I presenta una edad superior y mayor porcentaje de mujeres con respecto a los hombres con respecto al Tipo II. Andreu y colaboradores (2002) en una muestra de adolescentes para evaluar diferentes tipos de agresión concluyen que los hombres tienden a manifestar mayores niveles de agresividad física que las mujeres, y que esta tendencia suele ir disminuyendo conforme aumenta la edad de los sujetos (Andreu et al., 1998; Buss y Perry, 1992; Ramírez Andreu y Fujihara, 2001). Siguiendo este argumento, el Tipo I presenta una edad superior tanto en varones como mujeres lo que iría en el sentido de que la agresión disminuye con la edad, y que está compuesto por un porcentaje superior de mujeres con respecto al Tipo II, donde el sexo femenino suele obtener generalmente puntuaciones menores en la variable de agresión. Esta tendencia parece no cumplirse en cuanto a emociones y actitudes relacionadas con la agresividad como es el caso de la ira y la hostilidad en las cuales informan de mayores niveles (Ramírez et al. 2001).

Numerosos estudios corroboran la elevada presencia de psicopatología concomitante en drogodependientes comparado con la población normal (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008; Regier et al., 1990; Graña et al., 2009) y que mayor gravedad en la adicción y/o psicopatología conlleva a peores resultados de tratamiento

y mayor probabilidad de abandono del mismo (Kranzler, Del Boca y Rounsaville, 1996; López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2011), así como cuando se comparan los resultados obtenidos entre una muestra clínica y la población general, se concluye que existe un importante componente de malestar e inadaptación a la vida cotidiana (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008). No obstante, a la hora de comparar distintas distintos perfiles de consumidores de sustancias, las diferencias en psicopatología ya no se muestran tan claras aunque sí parece apuntar a una mayor gravedad en un grupo que en otro o mayor presencia de unos trastornos que otros (López y Becoña, 2008; Sanchez-Hervas et al. 2001) donde en general un mayor historial adictivo se asocia a un menor desarrollo de estrategias de afrontamiento, mayor psicopatología y menor calidad de vida (Sánchez-Hervás et al., 2002c). En nuestro estudio, y en relación a la octava hipótesis, tampoco se llegan a encontrar diferencias significativas en ninguna de las subescalas del SCL-90-R, aunque vuelve a ser llamativo la tendencia superior de las puntuaciones de las distintas subescalas así como del índice General de Síntomas del Tipo II con respecto al Tipo I, lo que sugiere un alto componente de malestar en el momento inicial del programa de tratamiento en ambos perfiles pero de forma más acentuada en el Tipo II.

Se puede afirmar que dependiendo del entorno clínico donde se recoge la muestra, la prevalencia y presencia de psicopatología varía. Así hay más diagnósticos duales en la red de drogas que en la de salud mental, posiblemente por una mayor prevalencia de ésta, o puede que también, por una mayor capacidad de detección de trastornos mentales entre los profesionales de adicciones que de trastornos adictivos entre los profesionales de salud mental (Grant, et al, 2004; Szerman et al., 2011). Fernández-Montalvo et al. (2004) señalaron que tres de cada cuatro ingresados en una Comunidad Terapéutica (el 76,5%) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno antisocial que llegó a observarse en el 42,9% de los pacientes estudiados. El Epidemiological Catchment Area (ECA) del National Institute of Mental Health de Estados Unidos, realizado con 20.291 participantes, se observó que el 42,7% de sujetos con abuso o dependencia de la cocaína cumplía los criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad antisocial. En el caso de los consumidores de heroína, la prevalencia se situó en torno al 37% en los de cannabis en un 14,7% y en el caso de los consumidores de alcohol en un 14,3% (Regier et al., 1990). Para Weiss, Mirin, Griffin, Gunderson y Hufford (1993) el 74% de los consumidores de cocaína en

tratamiento presentaba al menos un trastorno de personalidad, y el 69% de estos se mantenía en el diagnóstico incluso tras largos períodos de abstinencia.

En relación a esto y con respecto a la décima y última hipótesis elaborada en este segundo estudio, no se han hallado tampoco diferencias estadísticamente significativas en las variables de personalidad en cada una de las subescalas aunque las medidas han vuelto a ser superiores del Tipo II con respecto al Tipo I. Teniendo en cuenta que en el Tipo II existe una importante proporción de pacientes consumidores de cocaína y ésta presenta una alta asociación con patología mental y dentro de esta, la asociación más intensa era con los trastornos de personalidad podría explicar las puntuaciones superiores comparados con el otro grupo. En general, nuestros datos sí corroboran el corolario acerca de una mayor presencia del Grupo B en ambos tipos, en concreto límite y antisocial encontrando mayor presencia en el Tipo II. En el tipo I se hallan puntuaciones superiores en la escala histriónica y narcisista de la personalidad, donde ambos tienen en común la búsqueda obtención de atención y la aprobación por parte de los demás, así como mayores puntuaciones en la escala pasivo-agresiva. El presente estudio apunta en la dirección del dato genérico de que entre los trastornos de personalidad, el grupo de mayor prevalencia es el grupo B, y concretamente los trastornos límite y antisocial. Skinstad y Swain (2001) y San (2004) concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al cluster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del cluster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y, en tercer lugar, el Cluster A, destacando el esquizoide.

A modo de resumen de este segundo estudio, se puede concluir que en general entre el Tipo I y el Tipo II no se encuentran resultados suficientes que avalen la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos al inicio del programa de tratamiento. Respecto a las variables motivacionales ambos se encuentran en etapas iniciales contemplativas con diferencias significativas en algunos procesos de cambio (aumento de conciencia, reevaluación ambiental y manejo de contingencias), en el Tipo I se observa una mayor ambivalencia mientras que el tipo II se encuentra más orientado a una etapa más actuativa. En función de las variables psicopatológicas tampoco se encuentran diferencias significativas (excepto en irascibilidad superior en el Tipo II) aunque ambos presentan un componente importante de malestar inicial, señalar que en este momento inicial aunque no sean significativas, el Tipo II presenta puntuaciones en

general superiores a las del Tipo I en todas las escalas, lo que apunta a mayor gravedad en este segundo grupo comparado con el Tipo I.

11.3. Tercer estudio: Evaluación del programa de tratamiento en función del tipo de consumidor

En este tercer estudio, se planteaba como objetivo general evaluar el programa de tratamiento aplicado a ambas tipologías de consumidores mediante el análisis de las variables clínicas que habían sido seleccionadas y medidas inicialmente tras un periodo de tiempo lo suficientemente extenso como para poderse evidenciar cambios.

Según los resultados de las investigaciones realizadas entorno a la eficacia de programas de intervención en el campo de los trastornos por consumo de sustancias parece que las intervenciones psicosociales son las que aportan resultados más sólidos al respecto (Carroll, 2004; Carroll et al., 2001; Dutra et al, 2008; Greenwood, Woods, Guydish y Bein, 2001; Marlatt y Gordon, 1985; Prendergast, Podus, Chang y Uranda, 2002; Prendergast, Podus, Finney, Greenwell y Roll, 2006; Sánchez-Hervás, 2004; Sánchez-Hervás et al., 2008; Secades, García, Higgins, Fernández y Carballo, 2008). Contamos con diferentes estudios que analizan la diferente eficacia de programas de tratamiento con drogodependientes, aunque no tantos incluyen también la respuesta diferencial de tratamiento en función de la tipología de consumidores (Alterman, Droba y McLellan, 1995; García, Collado, Gómez y Arias, 2006; Litt, Kadden, Cooney y Kabela, 2003; López Durán y Becoña Iglesias, 2008; Muñoz, 2005; Muñoz, Navas, Graña y Martínez, 2006; Pedrero y Ruiz, 2012; Pérez del Río, 2012; Sánchez et al., 2011). A ello se le suma la dificultad a la hora de comparar estudios debido gran heterogeneidad de resultados debido a las diferentes muestras estudias, con distinto rigor metodológico y científico.

En este estudio y con respecto a la primera hipótesis planteada, se han obtenido datos más que suficientes para afirmar que la muestra de pacientes que ha seguido el programa de tratamiento ha conseguido cambios en relación a las medidas iniciales, mostrando una mejoría a todos los niveles y en las distintas variables estudiadas. Según distintos estudios y metaanálisis, el hecho de realizar una terapia o tratamiento per se es mejor que el no tratamiento (Fiestas y Ponce, 2012; Pearson et al., 2012; Prendergast et al. 2002; Prendergast, Hall, Wexler, Melnick y Cao, 2004) o que una terapia inespecífica (Burtscheidt et al., 2001; Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss y Gaebel, 2002), además el realizar un tratamiento para el uso de drogas reduce el uso de éstas en un 40-

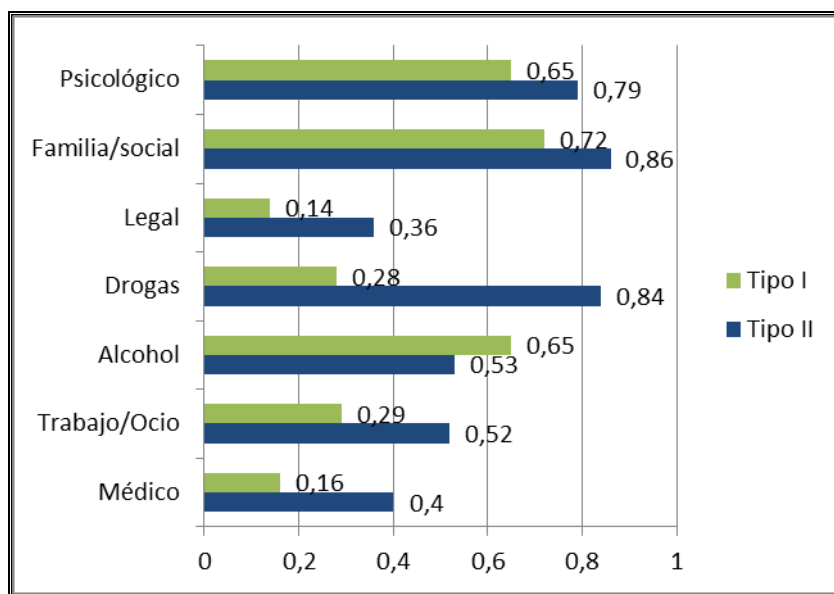
60%, disminuye el número de recaídas y aumenta tanto la abstinencia como la adherencia en el periodo de seguimiento (Guillén y Mañoso, 2004; Greenwood, Woods, Gudyish y Bein, 2001; Hubbard, Craddock y Anderson, 2003; Messina, Grella, Cartier y Torres, 2010; Sánchez-Hervás, 2004). A ello se une que distintos estudios afirman que cuando se utiliza un enfoque motivacional añadido a un tratamiento estándar con el objetivo de aumentar la motivación, mejoran los resultados del tratamiento así como la adherencia al mismo (Burke, Arkowitz y Menchols, 2003; Piñeiro et al., 2014; Sánchez, et al. 2011), ya que la falta de motivación para el cambio es uno de los problemas con el que se encuentran los profesionales a la hora de abordar las conductas adictivas al inicio de un tratamiento. En esta línea, los tratamientos realizados en Comunidades Terapéuticas deberían incluir este tipo de prácticas o intervenciones combinadas en el protocolo de intervención que realizan de cara a fortalecer la adherencia al tratamiento y magnitud de los resultados al finalizar el mismo (NIDA, 2001, 2002, 2009). Las comunidades terapéuticas tienen como objetivo general el cambio global en el estilo de vida del drogodependientes pues incide de manera continuada a lo largo de las 24 horas del día, es un tratamiento intenso donde la convivencia en comunidad, en sí misma terapéutica, lo que facilita su repercusión en cada una de las áreas personales del individuo consumidor de sustancias, a ello se le suma que al ser ésta una comunidad terapéutica adaptada para tratar a pacientes con patología asociada al consumo de sustancias se esfuerza en abordar de manera integral todos los problemas y cubrir las necesidades del paciente (DeLeon, 2000; Sacks, McKendrick, Sacks, y Cleland, 2010; Sacks, Sacks, Banks y McKendrick, 2008).

En relación al primer corolario, se han encontrado cambios significativos en los dos grupos en cuanto a reducciones en todos los índices de gravedad de la adicción: médico, trabajo/ocio, consumo de alcohol, consumo de drogas, legal, familiar y psicológico entre las medidas pre y posttest (Gráfico 11.1). Señalar que los dos grupos que recibieron tratamiento disminuyeron sus índices de gravedad, considerando “gravedad” como la repercusión de las consecuencias del consumo y su necesidad de tratamiento. Estos resultados van en la línea de otras investigaciones realizadas donde se observa que la gravedad en relación a las consecuencias del consumo se atenúan en cada una de las áreas tras recibir y conseguir finalizar un tratamiento, donde la longitud de tiempo pasado en un programa de intervención constituye uno de los predictores más fuertes de buenos resultados terapéuticos (Rawson et al., 1999; López- Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2011; Martinez et al., 2011; Sánchez-Hervás, Zacarés,

Secades, García, Santonja y Fernández, 2008; Sánchez-Hervás, Secades, Santonja, Zacarés y García, 2009).

Observando la magnitud del efecto, los cambios mayores se han producido en el área familiar ($\eta^2_{parcial}=0,72$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,86$), de consumo de alcohol ($\eta^2_{parcial}=0,65$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,53$), y drogas ($\eta^2_{parcial}=0,28$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,84$) y psicológico ($\eta^2_{parcial}=0,65$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,79$) para el Tipo I y II respectivamente, un resultado que coincide con otros investigadores que han hallado mayores mejorías en estas áreas (Sánchez-Hervás, et al. 2008). Estos son tres aspectos básicos de intervención que se realiza en la Comunidad Terapéutica El Alba, aunque sin menospreciar el resto de las áreas evaluadas que también han mejorado aunque con un tamaño de efecto menos llamativo como son el área de trabajo/ocio, médico y por último, legal (Gráfico 11.1).

Gráfico 11.1. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en el perfil de gravedad para cada grupo.



Comparado con otros estudios longitudinales con utilización de este mismo instrumento (EuropASI) los tamaños de efecto en este estudio son superiores con una diferencia significativa entre el pre y post, esto pueda ser debido a todo lo que conlleva realizar un tratamiento en una comunidad terapéutica donde el tratamiento es intensivo desde el inicio, continuado y de intervención integral atendiendo a cada una de las áreas

problemáticas del paciente. Más concretamente, con respecto a las tres áreas problema con mayor efecto, en el área familiar, la intervención a nivel familiar se realiza mediante sesiones familiares individuales y sesiones grupales multifamiliares, donde la presencia e implicación de la familia se torna fundamental en el trabajo de recuperación del drogodependiente favoreciendo una mayor adhesión al tratamiento y al recurso, donde se realiza un trabajo en mayor profundidad consiguiendo cambios realmente importantes. En este sentido, se considera a la familia un sistema y al drogodependiente un síntoma del funcionamiento familiar disfuncional que requiere un abordaje global. Con respecto a los cambios producidos en el área problema de alcohol y drogas, cabe decir que, el índice relativo al consumo de alcohol y drogas muestra un efecto muy elevado también, al facilitarse la abstinencia y su mantenimiento al encontrarse en un recurso residencial los episodios de consumo disminuyen casi en su totalidad. El tercer área problema con mayor efecto es la psicológica, en este sentido en cuanto al índice que refleja la repercusión a nivel psicológico, tras un periodo prolongado de tratamiento se encuentra una importante disminución en la sintomatología relacionada con el consumo en los primeros momentos, así como una estabilización del trastorno mental lo que explica el cambio importante percibido tras los seis meses de la estancia en el recurso.

No obstante, cabe señalar que no llega a cumplirse el primer corolario en la dirección planteada, ha habido un cambio mayor en el Tipo I en el la variables de alcohol con respecto al Tipo II pero no en el área médica, familiar y psicológica como se había predicho, por el contrario, el Tipo II sí ha obtenido mayores cambios en el sentido de mayores reducciones en drogas, laboral y legal. El tamaño del efecto ha oscilado entre 0,14 y 0,86 mostrando superioridad en todos los índices de gravedad para el Tipo II o policonsumo, excepto lógicamente en el índice de gravedad del alcohol que se muestra superior el tamaño del efecto del programa en el Tipo I debido a que este grupo cuenta con un número superior de años de consumo de alcohol en relación al Tipo II. Cabe señalar que el tamaño del efecto es más elevado en el índice relativo al consumo de drogas para el Tipo II al contar con más años de consumo para el resto de las sustancias adictivas, excepto el alcohol. Una explicación a este mayor efecto en el Tipo II podría ser debido a su menor cronicidad, es un grupo más joven con menos trayectoria en el consumo (aunque mayor velocidad), con menor problemática médica inicial, que cuenta con mayor implicación con el sistema legal lo que puede añadir una

motivación más fuerte por la recuperación aunque más externa, lo que podría hacer inclinar más la balanza en relación a un mayor cambio que en el Tipo I. En este sentido y en relación al Tipo I, algunos estudios hablan de la dificultad de los pacientes con dependencias graves en relación a la adherencia al tratamiento protagonizando un mayor porcentaje de abandonos o no finalizaciones del mismo en relación a consumidores de otras sustancias (López-Goñi, et al. 2011).

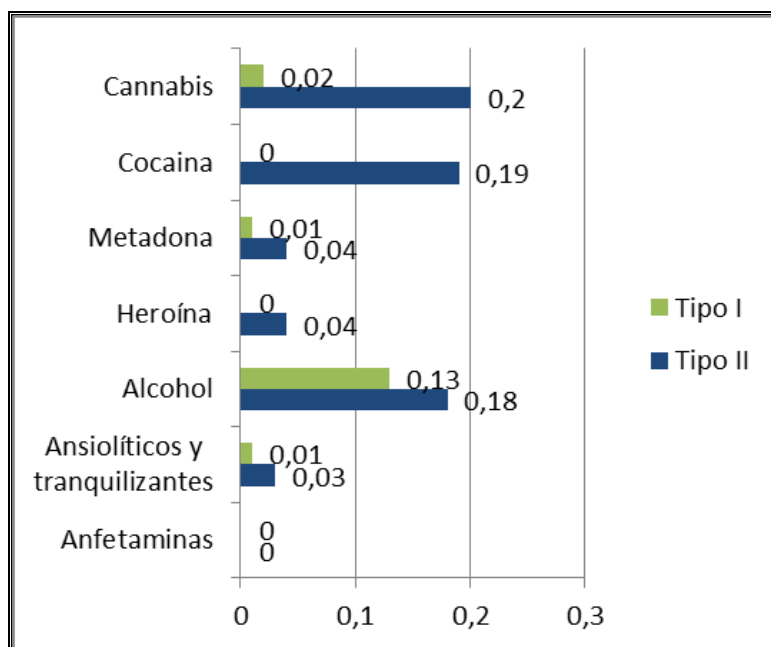
Es importante comentar el elevado tamaño de efecto resultado de la medición con el EuropASI, aspecto que ha sido criticado en algunos estudios al ser un instrumento donde se requiere una valoración subjetiva por parte del evaluador acerca de la gravedad (Sanchez-Hervás, Secades-Villa, Santonja, Zacarés Romaguera y García-Rodríguez, 2009) donde se pueden poner en evidencia ciertas expectativas por parte del evaluador y del evaluado en la apreciación de la severidad que podrían estar motivadas por las diferentes expectativas sobre el tratamiento (Iraurgi, Sanz, Martínez-Pampliega, 2004). En este sentido y en relación a este estudio, una posible explicación pueda ser que por las características particulares del recurso (estancia residencial prolongada, vínculos creados e intensidad de las intervenciones, etc.) afecte a la hora de valorar la severidad y necesidad de tratamiento realizada por el evaluador, apreciando un mayor cambio en el resultado del tratamiento, así como en el evaluado, que existan ciertas expectativas hacia el evaluador así como la existencia de algún condicionamiento debido a su situación judicial.

El segundo corolario planteaba obtener cambios en la variable número de días de consumo en el último mes tras el programa de tratamiento. Con respecto a la variable consumo de alcohol a grandes dosis, se han hallado disminuciones significativas en ambos grupos al sexto mes en comparación con el primer mes, no obstante, el tamaño de efecto no es superior en el Tipo I como se habría esperado, sino que ha sido superior la reducción de los días de consumo en el Tipo II ($\eta^2_{parcial}=0,13$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,18$). En este sentido, también disminuyen las puntuaciones de forma estadísticamente significativa para el consumo de cocaína ($\eta^2_{parcial}=0,19$), y cannabis ($\eta^2_{parcial}=0,20$) en el Tipo II, resultado esperado dado que son las sustancias consumidas en mayor medida inicialmente y con las que se realiza un trabajo más intensivo. El hecho de que los cambios no sean significativos en el resto de sustancias podría explicarse en la dirección de que, en el caso de la metadona, pocos son los pacientes que suelen dejar el programa de mantenimiento con metadona como forma de protección y de alguna manera

asegurarse no enfrentarse a una recaída en el futuro, del mismo modo, un porcentaje importante de pacientes tienen pautados ansiolíticos y tranquilizantes en su tratamiento, recordemos que el porcentaje de presencia de patología dual en esta muestra es alto (superior al 80%) por lo que precisa un tratamiento farmacológico mantenido en el tiempo.

Cabe señalar, el menor tamaño del efecto en la reducción del consumo de alcohol en grandes cantidades en el Tipo I, posiblemente debido a las dificultades y ambivalencias de este grupo por mantenerse en el programa y algún consumo detectado a lo largo del tratamiento (López-Goñi et al. 2011), en este sentido, estos pacientes presentan una menor inhibición ante un desliz con respecto al consumo de alcohol, es decir, una vez que inician un consumo por su grado de compulsión importante son incapaces de parar transformándose en un episodio de mayor gravedad y visibilidad en alguna de las salidas terapéuticas organizadas a lo largo del tratamiento.

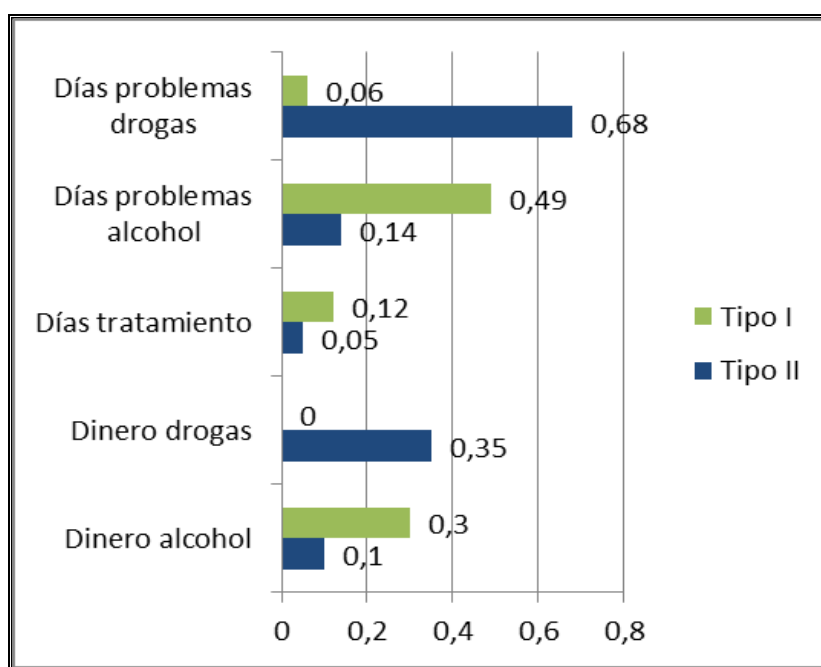
Gráfico 11.2. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en el número de días de consumo en el último mes para cada grupo.



En relación al tercer corolario, al analizar las variables relacionadas con el consumo, se encuentran diferencias significativas en todas las variables predichas en ambos grupos. Se reducen a los seis meses la cantidad de dinero invertida en alcohol y drogas, siendo mayor en alcohol para el Tipo I y mayor en drogas para el Tipo II como

era de esperar, puesto que la abstinencia se prolonga y los episodios de consumo disminuyen siendo los tamaños de efecto medianos ($\eta^2_{parcial}=0,30$) para el alcohol en el Tipo I y ($\eta^2_{parcial}=0,35$) para el Tipo II en drogas. En cuanto a los días de tratamiento, se refiere a los días que ha sido necesario tratamiento en el sexto mes en sus salidas personales, como por ejemplo, asistencia a las Unidades de conductas adictivas para realizar controles toxicológicos, asistencia médica o similar. No se han tenido en cuenta las sesiones de tratamiento en el recurso por ser algo regularizado y porque donde se podrían observar diferencias en cuanto a la necesidad real de tratamiento era en las salidas terapéuticas que realizaban. El efecto ha sido mayor en el Tipo I ($\eta^2_{parcial}=0,12$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,05$), posiblemente al reducirse las asistencias hospitalarias por intoxicaciones o comas etílicos en los bebedores de grandes dosis comparadas con las que se produjeran al inicio del tratamiento (Gráfico 11.3).

Gráfico 11.3. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en las variables relacionadas con el consumo para cada grupo.



En relación a los días con problemas en el último mes, los resultados muestran un tamaño de efecto mediano para Tipo I en el alcohol ($\eta^2_{parcial}=0,49$) y grande para el Tipo II en drogas ($\eta^2_{parcial}=0,68$), donde se han reducido de forma significativa los días con problemas derivados del consumo de distintas sustancias, generalmente la menor sintomatología relacionada con el síndrome de abstinencia posterior al episodio de

consumo, así como la menor asistencia a los controles toxicológicos o recogida de metadona en las salidas terapéuticas realizadas en el sexto mes. Estos resultados se muestran acordes con otros estudios que afirman la reducción del consumo y variables asociadas tras la aplicación de aproximaciones psicosociales prolongadas en el tiempo (Dutra et al., 2008) (Gráfico 11.3).

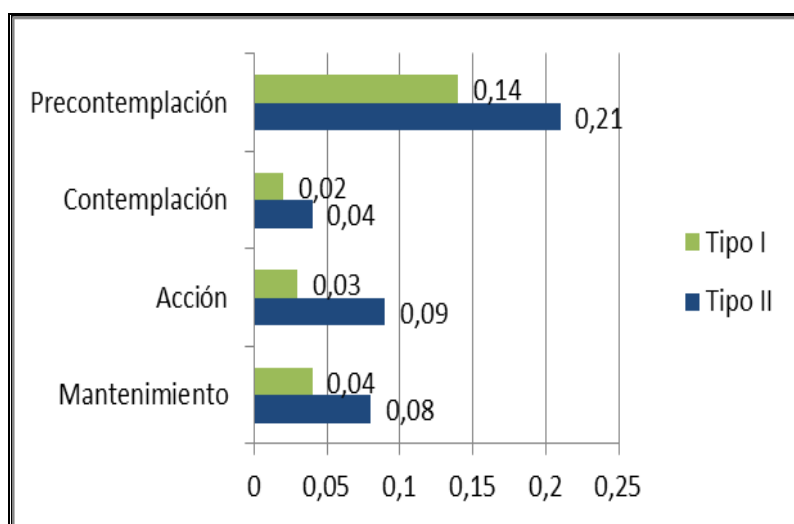
A continuación, se discuten los resultados hallados en las variables motivacionales consideradas en el estudio, derivadas del Modelo Transteórico de cambio (Prochaska y Diclemente, 1984b, 1992). Las variables motivacionales medidas han sido las etapas de cambio, procesos de cambio dados en cada una de ellas, el balance decisional, la autoeficacia percibida y los deseos de consumo, resultados hallados a los seis meses y las diferencias encontradas con respecto al momento inicial y en relación a los dos grupos Tipo I y Tipo II (alcohólicos y policonsumidores).

Así pues en relación al cuarto corolario, se han encontrado diferencias significativas las etapas de cambio, en concreto en precontemplación, acción y mantenimiento a los seis meses de tratamiento. Los mayores tamaños del efecto del programa se encuentran en la etapa de precontemplación para ambos grupos ($\eta^2_{parcial}=0,14$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,21$) debido a que se encuentran en etapas más avanzadas del cambio en relación al momento inicial del tratamiento, resultado que apunta el modelo del cambio, existe una mayor conciencia del problema del consumo de sustancias y su repercusión, así como un compromiso personal de abstinencia.

Para el Tipo I o alcohólicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la etapa de precontemplación, no así en la de contemplación, acción y mantenimiento aunque la tendencia observada es la disminución en la contemplación y aumento de la etapa de actuación y mantenimiento, lo que podría explicar que este grupo ha avanzado en las distintas etapas del proceso de cambio con respecto al primer mes de tratamiento. En este sentido, se comentaba en párrafos anteriores, las dificultades que presentan los consumidores de alcohol con respecto a otros tipos de consumidores (nivel de ambivalencia con respecto al cese de consumo, bajo compromiso de cambio, cronicidad, fracaso en tratamientos anteriores, etc.). Por el contrario, el Tipo II o policonsumidores muestra diferencias significativas en relación a las etapas precontemplación, de acción y mantenimiento con respecto al momento inicial del programa de tratamiento, siendo un tamaño de efecto mediano en

precontemplación y pequeño aunque considerable en acción ($\eta^2_{parcial}= 0,09$) y mantenimiento($\eta^2_{parcial}=0,08$) (Gráfico 11.4). Se podría afirmar también que el grupo de policonsumidores ha avanzado en las distintas etapas en mayor medida que el grupo de alcohólicos, puesto que en el momento inicial del tratamiento presentaba ya mayores puntuaciones en la etapa de acción y menor en precontemplación y contemplación, es decir, los individuos motivados que se encuentra inicialmente en estadios contemplativos puede moverse con mayor rapidez que otros que se encuentren menos motivados o en etapas más prematuras del cambio (Shuman et al. 2006).

Gráfico 11.4. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en las Etapas de cambio para cada grupo.



El avance en las distintas etapas de cambio es observable en el momento que el drogodependiente toma la decisión de dejar el consumo y embarcarse en un tratamiento de deshabitación de sustancias, esto iría en consonancia con el modelo que apunta Prochaska y colaboradores (1994). Los resultados confirman que partiendo de una situación inicial en el programa de tratamiento, el Tipo II ha avanzado en mayor medida que el tipo I pues las diferencias son más significativas comparando ambos momentos de evaluación (pre-postratamiento). En este sentido, parece que el Tipo II se ha beneficiado más ampliamente del programa de tratamiento, una posible explicación vaya dirigida a que al encontrarse en una situación de situación de mayor gravedad o crisis (consumo de múltiples sustancias, psicopatología comórbida, cumplimiento de medida judicial en centro, etc.) les haga situarse en un compromiso y motivación hacia

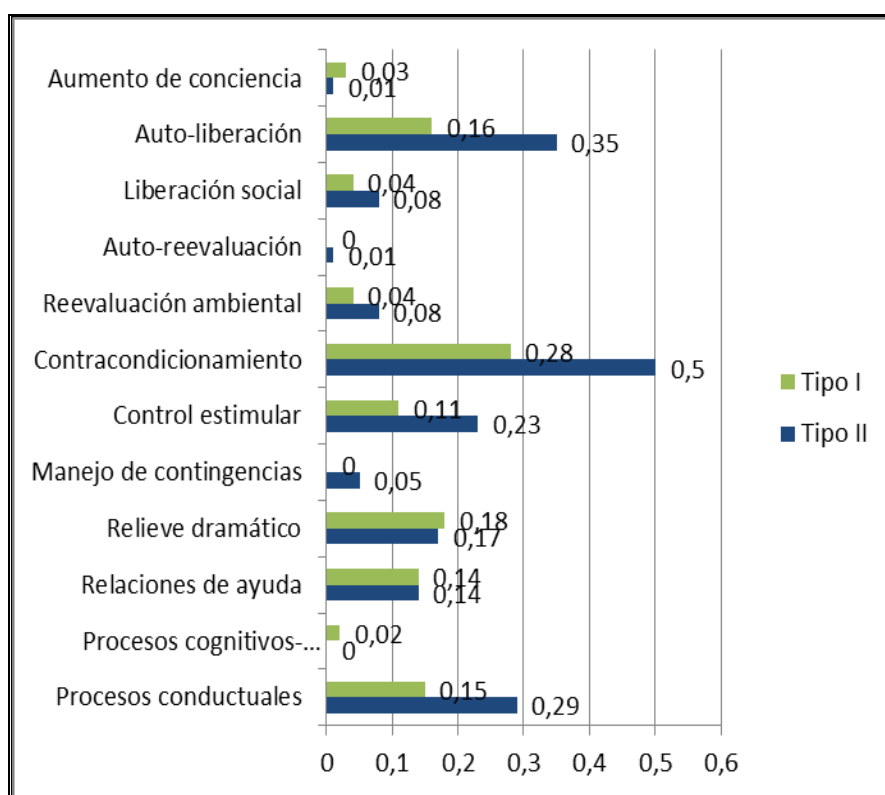
el tratamiento obteniendo mejores resultados, por lo que es importante no minimizar el potencial hacia el cambio de estos pacientes por encontrarse en situación más complicada de cara a sospechar un peor pronóstico.

Con respecto al corolario quinto, y analizando los resultados hallados en los procesos de cambio utilizados por ambos grupos, se encuentran diferencias significativas en el postratamiento en la mayoría de los procesos de cambio en ambos grupos. Agrupando los procesos de cambio en cognitivo-emocionales y conductuales, encontramos que a diferencia del pretratamiento los cambios se han dado en los procesos conductuales siendo el efecto de tamaño del programa pequeño pero significativo para el Tipo I ($\eta^2_{parcial}=0,15$) y mediano para el Tipo II ($\eta^2_{parcial}=0,29$), lo que significa que se encuentran en una etapa de máximo cambio conductual observable situándose en las etapas activas y de mantenimiento lo que concuerda con los resultados encontrados en la etapa en la que se encuentran los participantes del programa. Según Prochaska y colaboradores (1994), en las etapas más avanzadas se utilizan más procesos más conductuales como el control de estímulos, contracondicionamiento, etc., de hecho, ambos Tipos han conseguido un tamaño de efecto mayor en contracondicionamiento comparado con el resto de procesos de cambio ($\eta^2_{parcial}=0,28$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,50$) para el Tipo I y II respectivamente, lo que iría en la línea del modelo de cambio y de las distintas investigaciones realizadas al respecto, y para distintas sustancias (Fava, Velicer, y Prochaska, 1995; Pérez del Río, 2012; Prochaska, Velicer, Diclemente y Fava, 1988; Prochaska y Velicer, 1997; Sánchez-Hervás, Gradolí, Molina, Del Olmo y Morales, 2002b; Shuman et al, 2006; Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990).

Siguiendo en la línea anterior y prestando atención más detenidamente a cada uno de los procesos, se han encontrado diferencias significativas en las medidas postratamiento en los procesos de cambio conductuales como autoliberación, reevaluación ambiental, contracondicionamiento, control estímulos, relieve dramático y relaciones de ayuda con tamaños de efecto pequeño que van desde 0,04 hasta tamaño de efecto grande de 0,50. No se encuentran diferencias significativas en los procesos de cambio más cognitivo-emocionales como autoconciencia y autoreevaluación en ambos grupos, lo que reafirma el empleo de estrategias conductuales en las etapas más de acción, siguiendo con el planteamiento del modelo transteórico donde la clave para dinamizar el cambio de conducta es el uso de los procesos de cambio (Prochaska,

Diclemente y Norcros, 1992). Atendiendo a las diferencias intergrupos, el Tipo II muestra un tamaño del efecto del programa mayor que el Tipo I en todos los procesos excepto en dos donde el tamaño del efecto es prácticamente idéntico (relieve dramático y relaciones de ayuda), utilizando a diferencia del pretratamiento mayor número de procesos y en mayor medida si lo comparamos con el Tipo I que se intuía en etapas algo menos avanzadas del proceso de cambio (Gráfico 11.5).

Gráfico 11.5. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en los Procesos de cambio para cada grupo.



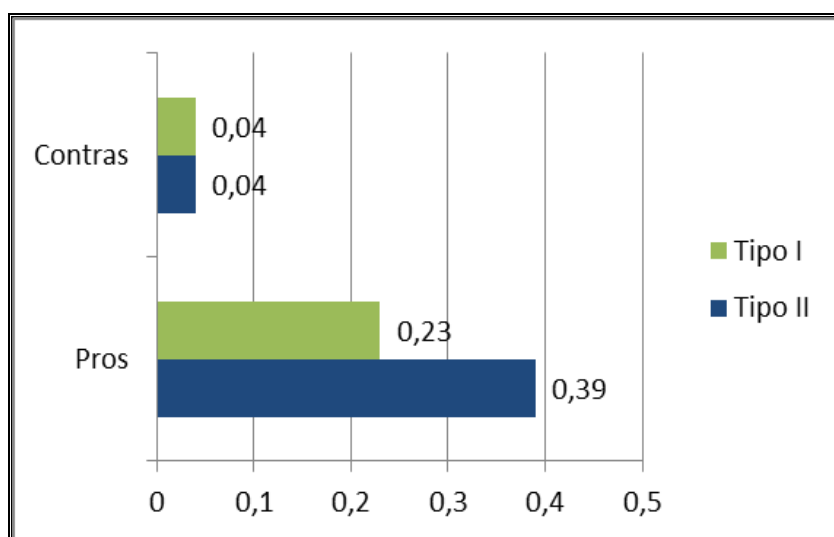
También se encuentran diferencias significativas en el Tipo II que no se han encontrado en el Tipo I como en el proceso de liberación social y manejo de contingencias, quizá por encontrarse el Tipo I más receloso y menos abierto a expresar y compartir sus problemas con el exterior, así como menos abierto al heteroreforzamiento de la propia conducta, reflejando mayores dificultades en su compromiso y responsabilidad por el cambio. En suma, podemos concluir que el tamaño vuelve a ser mayor para el Tipo II o de policonsumidores, que emplean significativamente más procesos de cambio conductuales que el Tipo I. en comparación con el inicio de tratamiento, lo que hace

pensar que se encuentran en una situación activa de cambio donde emplean estrategias activas de afrontamiento lo que puede verse reforzado por el logro conseguido y eso continúe reforzando su uso en relación a los procesos de cambio conductuales en la etapa de acción. Los resultados obtenidos se muestran coherentes con las propuestas teóricas que enfatizan el uso diferencial de procesos de cambio dependiendo del estadio de cambio y motivación en el que se encuentran los individuos (Anatchkova et al. 2006b; Fava, Velicer y Prochaska, 1995; Prochaska, Velicer, Diclemente y Fava, 1988; Rosen, 2000; Tejero y Trujols, 1994).

Otra variable de interés, en cuanto a variables motivacionales se refiere dentro del modelo tridimensional, al balance decisional donde el sujeto valora los beneficios y daños en relación al consumo de sustancias lo que le permite orientar su conducta en base a estos mecanismos internos (Azjen y Fishbein, 1980). Estudiando los cambios en esta variable y en relación al corolario sexto, se hallan diferencias significativas con tamaños de efecto medianos en los pros o beneficios del consumo que se han reducido drásticamente tanto el Tipo I ($\eta^2_{parcial}=0,23$) como el Tipo II ($\eta^2_{parcial}=0,39$), lo que hace pensar que a lo largo del programa de tratamiento las creencias más distorsionadas en relación al consumo de sustancias (Ejem.: *“Me siento relajado y, por tanto, más a gusto después de tomar droga”*, *“Me gusta más a mí mismo cuando tomo droga”*, etc.) han ido modificándose dando paso a otro tipo de creencias más realistas (Ejem.: *“Tomar droga es peligroso para mi salud”*, etc) donde consumir te lleva a perder y no tanto a ganar. Cabe apuntar que al comparar ambos grupos, vuelve a ser superior el tamaño de efecto en el grupo de policonsumidores con respecto al de alcohólicos respectivamente ($\eta^2_{parcial}= 0,39$ vs. $\eta^2_{parcial}= 0,23$). Respecto a los contras de consumir son superiores en ambos tipos de consumidores, no obstante las diferencias solo son significativas para el Tipo II ($\eta^2_{parcial}= 0,04$), lo que sugiere que son más conscientes o tienen más presentes las consecuencias negativas del consumo de sustancias quizá porque han acontecido en menor tiempo produciendo una mayor huella en este grupo (Tipo II). Aunque los resultados reflejan una mayor distancia entre pros y contras comparado con el pretratamiento, en general, irían en consonancia con las distintas investigaciones que afirman la disminución de los pros y aumento de los contras en fases avanzadas del camino del proceso de cambio estableciéndose diferencias con la etapas prematuras o precontemplativas (Diclemente et al., 1991; Fava et al., 1995; Hall y Rossi, 2008; Prochaska, 1994; Shuman et al., 2006; Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg,

1985). También es importante señalar que el efecto ha sido mayor para los pros que para los contras en la evaluación postratamiento, en ambos grupos, lo que hace concluir que los programas de tratamiento pueden tener un mayor efecto si se da más peso a las ganancias de la abstinencia como la recuperación de salud física o psicológica, familia, actividades, hobbies, etc. que quizá dar tanto peso a las consecuencias negativas para el consumo. Esto también podría ayudar de alguna manera a las campañas publicitarias, donde se suele incidir más en las consecuencias negativas del consumo que a las ventajas de la abstinencia (Rothman y Salovey, 1997) (Gráfico 11.6).

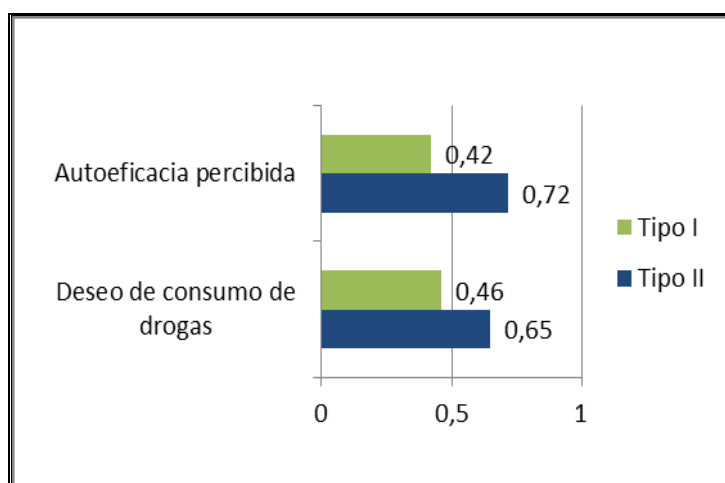
Gráfico 11.6. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en el Balance decisional para cada grupo.



En cuanto séptimo corolario, las diferencias halladas en relación a las expectativas de autoeficacia, se evalúa tanto la tentación hacia el consumo como la confianza de no consumir ante una situación de riesgo podemos afirmar que a los seis meses de iniciar el tratamiento, las puntuaciones en tentación que en el pretest eran superiores han disminuido de forma significativa y la variable que mide confianza que en el momento inicial se situaba minoritariamente ante la tentación ha pasado a ser mayor, este cambio ha sido significativo para ambos grupos. El tamaño del efecto ha sido grande aunque de nuevo mayor para el Tipo II con respecto al Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,72$ vs. $\eta^2_{parcial} = 0,42$) (Gráfico 11.7). Tras la realización del programa de tratamiento que lleva implícito el aprendizaje y puesta en práctica de conductas alternativas al consumo de drogas es lógico que se modifiquen las creencias acerca de su capacidad para enfrentarse a

situaciones de alto riesgo, mostrando altos índices de autoeficacia tras participar en un programa de tratamiento (Burling, Really, Motzen y Ziff, 1989; Marlatt y Gordon, 1985).

Gráfico 11.7. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en la autoeficacia percibida y deseo de consumo de drogas para cada grupo.



La autoeficacia percibida es explicada como una variable predictora de la conducta como puede ser el balanceo decisional, donde el individuo si se muestra confiado en sus posibilidades, ante una situación de riesgo es capaz de poner en juego todas sus habilidades e invertir un gran esfuerzo en persistir en su objetivo. Según este planteamiento, ambos grupos se muestran confiados en sus propias capacidades lo que sería congruente en relación a la etapa de cambio en la que se encuentran (Burling, Really, Motzen y Ziff, 1989; Diclemente, Prochaska y Gibertini, 1985; Pérez Del Río, 2012; Prochaska y Diclemente, 1984b; Velicer Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990). Además, el participar en programas de tratamiento de una duración de seis meses en régimen residencial (tipo comunidad terapéutica) suponen una disminución importante de la probabilidad de recaída de hasta tres veces menor (Greenwood, Woods, Gudyish y Bein, 2001).

Aproximándonos al corolario octavo, el deseo de consumo presente o craving se muestra como un constructo central para el tratamiento de la dependencia de sustancias adictivas siendo un factor importante relativo al abandono terapéutico y causante de recaídas tras incluso largos periodos de abstinencia (Jiménez, 2005; Jiménez, Graña,

Montes y Rubio, 2009; Sánchez-Hervás et al., 2001). Los resultados al analizar esta variable a los seis meses de la evaluación inicial para ambos grupos. El resultado se muestra congruente con los planteamientos teóricos (Prochaska y Diclemente, 1984a), menor *craving* a medida que aumentan las semanas de abstinencia al realizar un programa residencial donde se han disminuido los episodios de consumo y donde la abstinencia se muestra de forma prolongada para la mayoría de los casos, a ello se le suma una autoconfianza o autoeficacia importante que les hace mantenerse en el compromiso de abstinencia y reconocer y exponerse a situaciones de riesgo de consumo donde cuentan con la oportunidad de aprender a manejar los deseos de consumo y sentimientos asociados, así como desarrollar estrategias para hacerles frente en el momento de su aparición (Graña y Carrobbles, 1991), lo que prolonga su abstinencia mejorando la calidad de vida y el ajuste psicológico asociado a un programa de intervención de corte psicosocial (González, Gómez y Mendoza, 2011; Martí, Carballo, Cárceles, García y Gómez, 2012; Martínez, Graña y Trujillo, 2011; Sánchez-Hervás et al., 2002c) donde si se combina la aplicación de un programa cognitivo-conductual combinado con un enfoque motivacional potencia los efectos de la intervención, ya que mejora la retención, aumenta la adherencia durante el tratamiento así como la retención en el período de seguimiento (Sánchez et al. 2011) lo que supone un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan (Marlatt y Gordon, 1985).

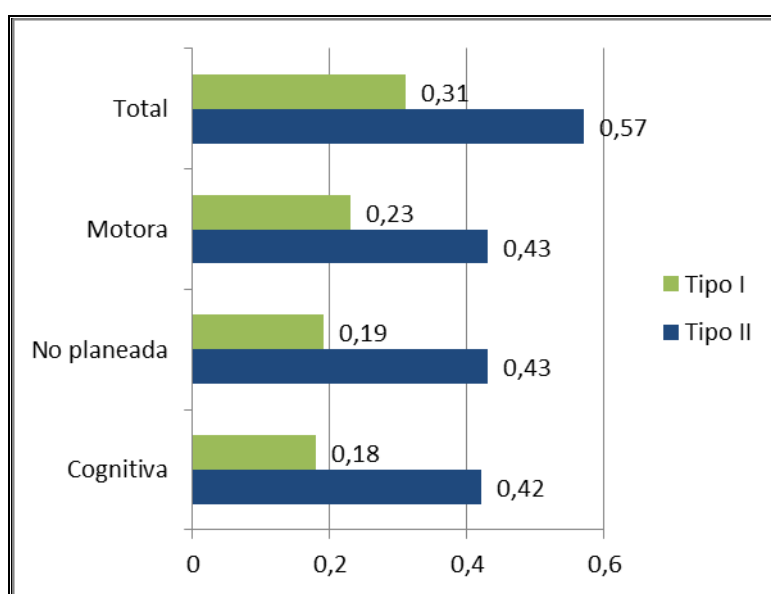
En los policonsumidores, un porcentaje mayoritario es consumidor habitual de cocaína y por vía fumada (base libre), en estos casos el deseo de consumo es muy fuerte y se encuentra fuertemente asociado a la presencia de estímulos condicionados al consumo, de hecho, la experimentación de deseos de consumo es una constante a lo largo del tratamiento e incluso tras haberlo finalizado es uno de los antecedentes más claros de una recaída, aunque la mera experimentación de deseo no conduce directamente al consumo, sino la capacidad de resistirse a ellos o no. En estos casos, el aumento de autoeficacia tras el trabajo continuado hacia la abstinencia puede ser percibida para estos pacientes como una excesiva confianza en sus posibilidades lo que podría llevarse a minimizar los deseos de consumo (Burling et al, 1989; Fiorentine y Hillhouse, 2003; López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002) y valorar en los test sus deseos como menores, consiguiendo el Tipo II en este caso, un efecto del tamaño del programa mayor en ellos si lo comparamos con respecto al tamaño de efecto

mediano en el Tipo I tanto en autoeficacia ($\eta^2_{parcial}=0,42$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,72$) como en los deseos de consumo ($\eta^2_{parcial}=0,46$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,65$) (Gráfico 11.7).

Si esta explicación fundamentara este fenómeno relativo a los superiores tamaño de efecto en expectativa de autoeficacia y deseos de consumo, sería importante reforzar este trabajo y que estos pacientes pudieran ajustar sus expectativas y deseos a la realidad y así prevenir el riesgo de consumo en futuras recaídas

Pasamos a discutir el corolario noveno relativo a la variable impulsividad, donde según la literatura, esta variable se encuentra muy relacionada con el consumo de drogas y ciertas variables de la personalidad (Cloninger 1987; Cloninger et al. 1988) y que se muestra superior a mayor gravedad de la adicción pudiendo diferenciar entre subtipos de drogodependientes (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2008, 2009; Pedrero y Ruíz, 2012). Los resultados acerca de la variable de impulsividad medida tras seis meses del programa de tratamiento reflejan una reducción estadísticamente significativa tanto en la subescala total del cuestionario de Barrat para el Tipo I ($\eta^2_{parcial}=0,31$) y para el Tipo II ($\eta^2_{parcial}=0,57$) como en el resto de las subescalas (cognitiva, motora y no planeada) en ambos tipos encontrándose diferencias que no se mostraban al inicio del programa de tratamiento (Gráfico 11.8).

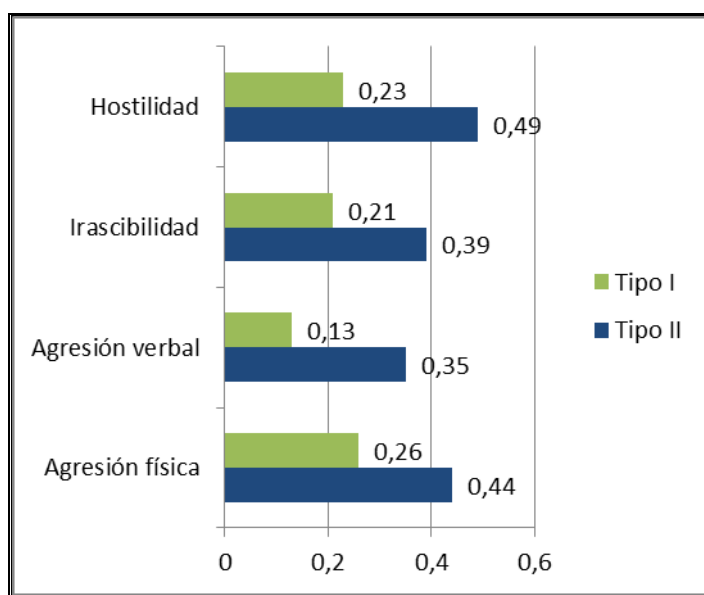
Gráfico 11.8. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en Impulsividad para cada grupo.



Como en la hipótesis anterior, vuelve a repetir la situación de ser una reducción mayor para un tipo que para otro en la subescala total ($\eta^2_{parcial}=0,31$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,57$), motora ($\eta^2_{parcial}=0,23$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,43$), no planeada ($\eta^2_{parcial}=0,19$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,743$) y cognitiva ($\eta^2_{parcial}=0,18$ vs. $\eta^2_{parcial}=0,42$) para el Tipo I y II respectivamente (Gráfico 11.8). Estos últimos resultados pueden explicarse ya que los abusadores de distintas sustancias presentan una impulsividad mayor que los monoconsumidores en general, siendo buscadores de novedad o de sensaciones (Echeburúa et al., 2008 y 2009) y que al someterse a un programa de tratamiento donde se trabaja de forma implícita la impulsividad, por pequeña que sea la diferencia, siempre será una reducción más drástica o visible comparado con otro grupo que no se muestre tan impulsivo inicialmente, siendo los cambios resultantes tendentes a la media.

En relación al décimo corolario, el planteamiento se dirigía a medir los cambios entre el primer y sexto mes en la variable de agresión, los resultados muestran una reducción significativa en todas las escalas (agresividad física, verbal, irascibilidad y hostilidad) al realizar la valoración seis meses después en ambos grupos (Tipo I y Tipo II). El mayor tamaño del efecto del programa se muestra especialmente en agresión física con un tamaño del efecto mayor en el Tipo II que el Tipo I ($\eta^2_{parcial} = 0,44$ y $\eta^2_{parcial}=0,26$ respectivamente), así como en hostilidad ($\eta^2_{parcial} = 0,49$ y $\eta^2_{parcial}=0,23$) (Gráfico 11.9).

Gráfico 11.9. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en Agresividad para cada grupo.



Tanto el consumo de alcohol como de otras sustancias pueden desencadenar conductas agresivas, de hecho, ambas variables se muestran relacionadas potenciándose una a la otra encontrando mayores niveles de violencia o agresividad en sujetos consumidores (niveles superiores en dependencia mixta) al que se une generalmente una mayor psicopatología (Echeburúa et al., 2008, 2009; Graña, Redondo, Muñoz-Rivas y Cantos, 2014). En el caso del alcohol durante la intoxicación, síndrome de abstinencia y en menor medida en el alcoholismo crónico. En consumidores de cocaína o de varias sustancias, la agresividad se encuentra muy presente en el episodio de consumo, abstinencia, así como en el binomio cocaetileno. Los policonsumidores al salir del círculo de consumo por encontrarse en tratamiento se encuentran en abstinencia y se muestran alejados de comportamientos que pueden acrecentar su nivel de violencia o agresividad física y verbal, tales como las conductas de tráfico, robo y otras actividades ilegales, así como los estados emocionales asociados a ellos, lo que podría explicar la reducción tan significativa en este grupo de pacientes comparados con el grupo de alcohol como sustancia principal.

Como ocurre en la variable impulsividad, tras incidir de manera directa en estas variables en el programa de tratamiento, la reducción es evidente en las distintas variables y en ambos grupos, no obstante el grupo con mayores niveles tiende a reducir en mayor proporción comparado con el grupo menos violento. El grupo en general presenta mayor número de estrategias para identificar y modular estas variables ante situaciones que puedan acrecentarlas, tanto el componente más conductual (agresividad física y verbal) como emocional (hostilidad e irascibilidad) mostrándose menos defensivo y hostil hacia el entorno.

Redondo (2012) tras aplicar un programa de tratamiento a maltratadores y evaluar la eficacia del mismo, en relación a las distintas tipologías halladas de maltratadores con distintos grados del rasgo ira, una de las conclusiones que arroja es que los maltratadores que partían de niveles más elevados de ira como rasgo, redujeron más ampliamente los niveles que el resto dos grupos intervinientes en el programa de intervención (riesgo medio, riesgo bajo y control).

En relación al onceavo corolario, se plantea el encontrar diferencias significativas en la sintomatología psicopatológica a los seis meses de tratamiento, en este sentido, se han encontrado reducciones significativas en todas y cada una de las variables

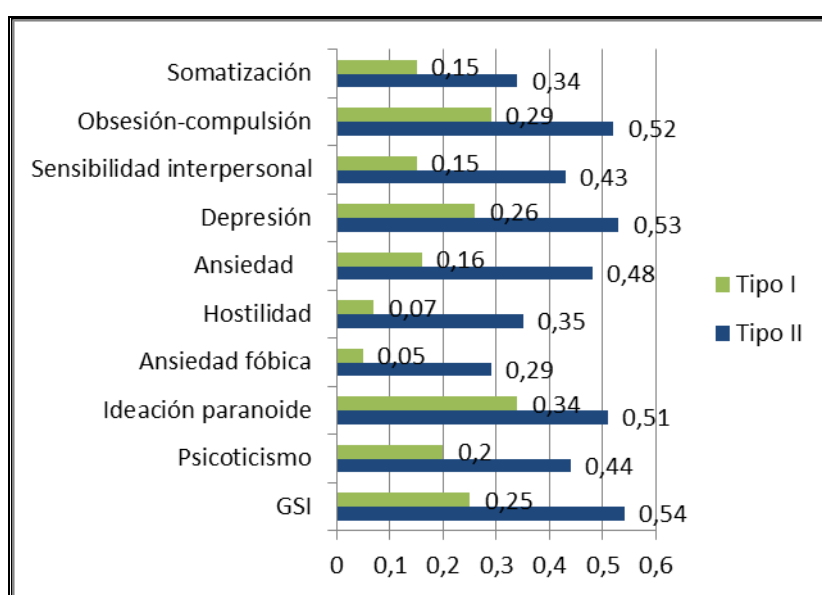
psicopatológicas evaluadas a los seis meses de tratamiento en ambos tipos (I y II). Recordemos, que las variables estudiadas son las que se derivan del Inventario de los 90 síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) así como el Índice general de síntomas. Se puede comprobar que las variables psicopatológicas al inicio del tratamiento inciden de forma importante en el consumidor de sustancias, siendo el malestar declarado máximo al inicio de tratamiento al encontrarse aún con síntomas variados y desestabilización general derivado del episodio prolongado de consumo, siendo coherente el que disminuyan los valores de malestar y sufrimiento conforme se avanza en el tratamiento.

La alta prevalencia en sintomatología psicopatológica en personas con Trastornos por consumo de sustancias también ha sido evidenciada en numerosos estudios, lo que suele complicar no sólo adherencia al tratamiento sino los resultados obtenidos (Echeburúa et al., 2008, 2009; Drake, O'Neal y Wallach, 2008; López y Becoña, 2006; Regier et al, 1990; Sánchez-Hervás et al., 2008). Por esta razón, existe la pregunta de si es posible inducir modificaciones en estas variables en personas con trastornos por consumo de sustancias en tratamiento a medio-largo plazo en un recurso residencial o de internamiento. Los resultados hallados en este estudio, muestran que sí es posible inducir en modificaciones en el perfil de personalidad y variables psicopatológicas a los seis meses de iniciado el programa, encontrando diferencias significativas para todas las escalas evaluadas de personalidad, con reducciones estadísticamente significativas en el Índice general de síntomas para el Tipo I ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,25$) y para el Tipo II ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,54$) y para ambas tipologías de pacientes mostrándose superior el tamaño del efecto en el Tipo II, obteniendo tamaños de efecto mediano y grande en las distintas escalas. Las escalas de psicopatología con mayores cambios se sitúan para las de depresión ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,53$ vs. $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,26$), obsesión-compulsión ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,52$ vs. $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,29$) e ideación paranoide ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,51$ vs. $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,24$) donde los pacientes del Tipo II arrojan mayores tamaños de efecto de nuevo para todas las escalas comparado con el Tipo I como en resultados anteriores, afianzando la idea de que este tipo de pacientes obtienen cambios más importantes que el Tipo I, lo que refuerza la idea de un mayor beneficio para los consumidores de distintas sustancias (Gráfico 11.10).

La explicación a estos resultados se orienta a que la disminución en los síntomas anímicos o depresivos entre otros, disminuye tras salir de la espiral de consumo y de sus

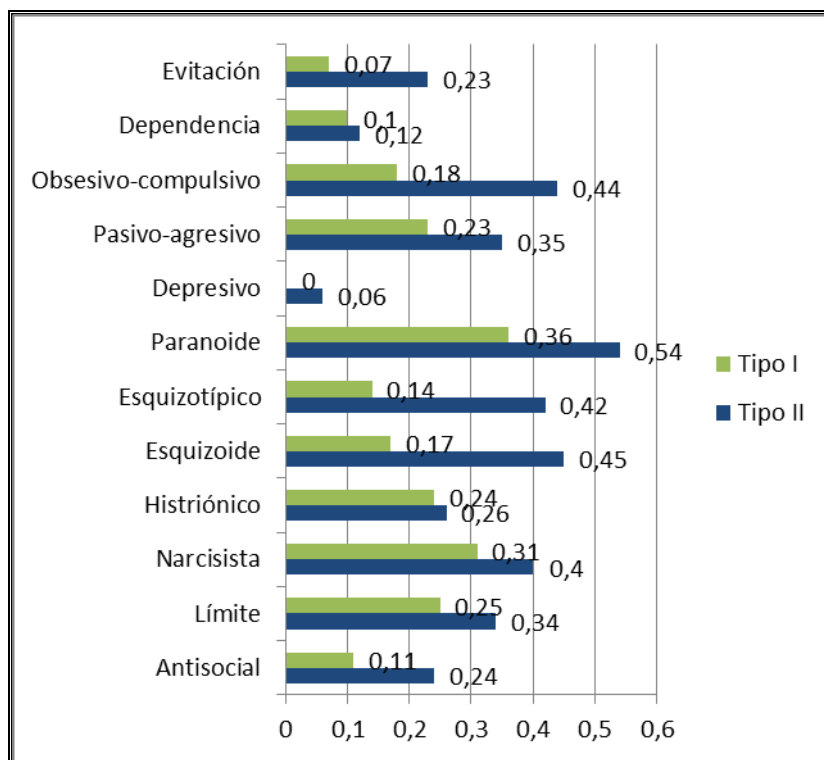
efectos devastadores, donde el drogodependiente es capaz de observarse en un rol nuevo, diferente lo que redundaría en sentimientos subjetivos de mejora percibida, así como el reforzamiento del entorno. Tras la salida de la espiral de consumo, se sale del círculo *Binge-Craving* que se torna en un comportamiento de obsesión-compulsión constante dejando a un estado de tranquilidad y estabilización percibido de bienestar. Por último, destacar la disminución importante del componente de ideación paranoide, pues el drogodependiente no tiene que encontrarse en continua sensación de alerta y defensividad ante el entorno, lo que finalmente le lleva a un estado de bienestar general que lucha por preservar y mantener.

Gráfico 11.10. Tamaño del efecto del programa (η^2 cuadrado parcial) en variables psicopatológicas para cada grupo



Por último, atendiendo al último corolario relacionado con el anterior, acerca de si existen diferencias significativas en el perfil de personalidad tras seis meses de tratamiento, los resultados nos vuelven a mostrar cambios en cada una de las escalas, con tamaños de efecto superiores para el Tipo II en las escalas de personalidad paranoide ($\eta^2_{parcial} = 0,54$), esquizoide ($\eta^2_{parcial} = 0,45$) y obsesivo-compulsivo ($\eta^2_{parcial}=0,44$), y para el Tipo I en las escalas paranoide ($\eta^2_{parcial} = 0,36$) y narcisista ($\eta^2_{parcial}=0,31$). Un dato a señalar es la escala de personalidad depresiva, que aunque es significativa con un tamaño pequeño para el Tipo II ($\eta^2_{parcial} = 0,06$), no lo es para el Tipo I (Gráfico 11.11).

Gráfico 11.11. Tamaño del efecto del programa (eta cuadrado parcial) en Personalidad para cada grupo.



Las escalas de personalidad con mayores tamaños de efecto corresponden a variables de personalidad más internalizadas asociadas a comportamientos más de aislamiento, desconfianza y rumiación, lo que supone que tras el programa de tratamiento los pacientes se encuentran más abiertos y confiados ante el entorno en general, no obstante, en el caso del Tipo I y en relación a la variable de depresión, parece que se mantiene más estable esta variable, mostrando un grupo de personas más resistente al cambio en la sintomatología anímica. Una explicación plausible podría ir dirigida a la relativa estabilidad de algunos trastornos de personalidad señalada por otros autores, donde aunque tras la realización de un programa de tratamiento donde lleve implícito la abstinencia disminuyen las puntuaciones aunque continúan manteniéndose altas y con cierta estabilidad (López y Becoña, 2006; Sonne y Brady, 1998; Weiss et al., 1993). Es decir, determinados rasgos de personalidad pueden destacar más por el consumo de drogas y, por lo tanto, con la abstinencia continuada facilitado por la estancia en un recurso residencial más unido un programa de tratamiento adaptado a las necesidades del drogodependiente, podría explicar el efecto de tamaño en la reducción de las puntuaciones en el posttest aplicado a la muestra. Ambos razonamientos podría

explicar la atenuación de la presencia de los trastornos de personalidad, donde determinados síntomas característicos de los trastornos de personalidad, como la ideación paranoide o el comportamiento excéntrico, se mantienen y se moldean por la presencia del consumo de sustancias(Fernández, 2002).

Para finalizar este apartado de la discusión, una de las reflexiones a la que se llega a la luz de los resultados es que en los primeros momentos de un programa terapéutico que se inicia con la demanda de ayuda del drogodependiente o por parte de la familia, suele ser una “fotografía fija” que poco puede explicar acerca del proceso general que seguirá la persona en el tratamiento, se desconocen qué elementos pueden ser los que marquen la diferencia entre unos tipos u otros de pacientes, no obstante, la evaluación de ese primer momento como medida o estimación con respecto al cambio es sin lugar a dudas una tarea que facilita a los profesionales planificar una intervención ajustada a la persona, donde los cambios en el malestar, los síntomas y así como la gravedad en cada una de las áreas personales van a disminuir en los primeros momentos del programa y de forma significativa su intensidad a lo largo del tratamiento a medida que se afiance la abstinencia y se incluya dentro de un programa de tratamiento como es en un centro residencial durante al menos un periodo prolongado en el tiempo (seis meses o más) que pueda permitir que se desarrollen una serie de cambios que se puedan mantener en el tiempo. En este estudio el profundizar en el perfil de pacientes o la tipología existente en el recurso y su evolución a lo largo del programa de tratamiento nos habla de un beneficio mayor del programa para unos pacientes que para otros, tal como está diseñado hasta ahora, parece beneficiar más a un perfil policonsumidor que a un perfil más monoconsumidor cuya sustancia principal es el alcohol. El haber llegado a este punto nos plantea el diseñar un programa más ajustado para este segundo tipo de consumidor, preferentemente de alcohol a grandes dosis, como quizá el plantearnos un programa más intensivo e individualizado para este tipo de pacientes que se podrían beneficiar más de los recursos de los que disponen en este momento en el C.T.D. El Alba.

11.4. Conclusiones generales y líneas de investigación futuras

El conocimiento acerca de la población drogodependiente que accede a los recursos de la Red asistencial de salud mental y drogodependencias de Castilla la Mancha, y en concreto a recursos de tercer nivel, supone un avance de enorme interés

para los agentes y profesionales en el campo de la salud. Por un lado, en el camino de averiguar qué mecanismos de prevención y/o asistencia han podido fallar en los primeros niveles asistenciales; el segundo, la importancia de este estudio en cuanto al enorme valor y relevancia a nivel epidemiológico; y en tercer lugar, el tener un juicio amplio acerca de los programas desarrollados en recursos de tercer nivel de intervención con el fin de que sean lo más ajustados y válidos a las necesidades del drogodependiente, con una utilización óptima de los recursos disponibles (NIDA, 2009), por lo que se considera que la presente tesis doctoral supone un paso más hacia una comprensión más plena acerca de la situación actual, en relación a los trastornos por consumo de sustancias, y de los abordajes que se vienen realizando en este campo.

Las comunidades terapéuticas especializadas o adaptadas a los nuevos perfiles de drogodependientes con patología asociada suponen un modalidad de tratamiento útil para hacer frente de forma integral a toda la problemática que conlleva el consumo de sustancias, y en ella, la aplicación de un tratamiento psicosocial supone el contar con mayor número de éxitos terapéuticos en tiempos relativamente breves (seis meses), lo que supone un aprovechamiento de los recursos disponibles, haciendo de este tipo de recursos una medida más que ventajosa de lo pensado hasta la actualidad. Más concretamente, el formato o intervención grupal de corte cognitivo-conductual y motivacional integrado en la dinámica de la oferta residencial, planteada en este estudio, supone asegurar una mayor adherencia al tratamiento de estos pacientes que cuentan con historias cronificadas y de intentos reiterados de tratamiento que han terminado en fracaso. En definitiva, esta modalidad de tratamiento y su integración dentro del modelo de Red de Salud mental y drogodependencias conlleva a ofrecer una respuesta óptima y de calidad a la población drogodependiente.

Resumiendo los resultados hallados en este estudio, se puede apuntar que la población que accede al recurso residencial de tercer nivel está caracterizada por ser de una proporción de 3:1 de varones con respecto a mujeres, con estudios primarios, soltero/as y beneficiario/as de ayudas sociales, pensiones o desempleo que acceden al recurso a través de distintos dispositivos de la Red de salud mental y drogas de las distintas provincias de Castilla La Mancha (Unidad de Conductas Adictivas principalmente, Unidades de Salud mental y Centros penitenciarios) con una presencia importante de patología asociada con distintos trastornos mentales del Eje I y un porcentaje muy alto de Trastornos de la Personalidad (principalmente del Cluster B),

junto con Trastornos por consumo de sustancias (alcohol y policonsumo principalmente) con una situación de importante gravedad y cronificación de la adicción.

El Tipo I, consumidor de alcohol principalmente, de 43 años, con una escolaridad de 8 años, con consumo prematuro de alcohol que actualmente se beneficia de ingresos económicos derivados del empleo, ayuda de desempleo o beneficiario de pensiones de la seguridad social. Un consumidor que requiere desintoxicación hospitalaria previa al ingreso al recurso en un amplio porcentaje de casos, con importantes problemas médicos, familiares y con una percepción psicológica o de malestar importante. En cuanto al género, contando con una mayor proporción de hombres, las mujeres se encuentran más representadas en este tipo de consumidor. En definitiva, son un grupo que parece presentar una mayor carga genética y cronificación en relación al consumo.

El Tipo II, consumidor que se caracteriza por una dependencia mixta o polidependencia, de 36 años con una escolaridad de 9 años, con consumo de distintas sustancias (principalmente cocaína, benzodiacepinas y cannabis) con una edad de inicio algo posterior pero que acumula varios años de consumo en las distintas sustancias y que se beneficia de ingresos económicos derivados de familiares/amigos o fuentes ilegales. Este tipo de consumidor procede de las Unidades de Conducta Adictivas aunque también de las Unidades de Salud mental y centros penitenciarios principalmente. Conlleva igualmente, importantes consecuencias derivadas del consumo continuado de sustancias en las distintas áreas de gravedad de la adicción, principalmente en el área legal con situaciones judiciales pendientes o con medidas de internamiento en centro. Es un grupo de consumidor que aparece más influenciado por el ambiente y no tanto por la genética, que en pocos años ha acumulado importantes consecuencias adversas fruto del consumo continuado de varias sustancias.

En general al inicio del tratamiento, ambos grupos presentan diferencias en las áreas de gravedad de adicción y variables de consumo, así como en el uso de ciertos procesos de cambio, no obstante, no presentan diferencias significativas en los estadios de cambio ni en otras variables importantes como balance decisonal, expectativas de autoeficacia, deseo de consumo y variables psicológicas en general. Tras seis meses del programa de intervención los perfiles Tipo I y Tipo II evolucionan positivamente,

lográndose una mejoría general tanto en las variables de consumo, como la relativas a la motivación y por supuesto, en sintomatología clínica, lo que nos indica que nos encontramos en buena dirección, siendo tanto la temporalidad del programa como los abordajes realizados con los que se cuentan actualmente en este recurso, pertinentes para conseguir resultados óptimos.

Tras evaluar la respuesta diferencial de ambos perfiles en el programa de tratamiento, el Tipo II o policonsumidores, se beneficia más ampliamente de los recursos y abordajes ofrecidos en la comunidad terapéutica que el Tipo I, lo que nos lleva a plantearnos reflexionar acerca de los pacientes de perfil Tipo I y del tratamiento que reciben, en el sentido de dirigirnos hacia resultados igualmente favorables en este grupo, quizá la dirección sería el diseño de abordajes de intervención más intensivos para estas personas, con una atención más individualizada y un seguimiento más exhaustivo que puedan proporcionar una asistencia e intervención más adecuada de la ofrecida hasta ahora, objetivo que se pondrá en marcha de aquí a un futuro. En este sentido, el Tipo II aunque inicialmente pudiera parecer que fuera a presentar una peor evolución por sus múltiples circunstancias asociadas intuyendo una mayor gravedad y peor pronóstico, lo cierto es que se han dado cambios en mayor magnitud. La explicación a este hecho pueda ser que este tipo de consumidor que se encuentra en una situación más crítica (consumo de múltiples sustancias, psicopatología comórbida, cumplimiento de medida judicial en centro, etc.) muestre un mayor compromiso y actitud ante el cambio, obteniendo mejores resultados, por lo que parece clave no subestimar la disposición al cambio de este tipo de perfil, por encontrarse en un grado más severo de la dependencia de sustancias como mayor dificultad en el tratamiento y en definitiva, peor pronóstico.

Por otro lado, la idea no es finalizar esta tesis doctoral sin plantear diversas líneas futuras que surgen a partir de este estudio, que se exponen a continuación.

Resulta de importancia, replicar este trabajo para comprobar si se siguen obteniendo estos prometedores resultados y compararlos con otros programas de tratamiento, otros dispositivos, otras muestras de drogodependientes, grupo control o lista de espera, e incluso con la población general. En el caso de que esta posibilidad fuera un hecho, nos encontraríamos con que podrían generalizarse los buenos resultados

obtenidos a otro tipo de muestras clínicas y recursos posibilitando una mejor y mayor atención al perfil que nos ocupa.

Otro aspecto relevante iría en el camino de estudiar la duración del tratamiento óptimo para obtener resultados confiables, en esta tesis doctoral la duración de seis meses se muestra suficiente para obtener buenos resultados en el contexto de una comunidad terapéutica, lo que en términos de coste-beneficio supone una utilización óptima de los recursos. Ahora resultaría de interés observar qué ocurre más a largo plazo, el conseguir realizar un estudio de seguimiento para discernir acerca del mantenimiento de los cambios logrados para cada uno de los perfiles contemplados tras realizar un programa de tratamiento y observar cómo sería la tasa de decadencia de los efectos en el tiempo.

Una variedad de estudios han indicado que la duración del tratamiento es un importante predictor de los resultados y de la recaída. Parece que un tiempo breve de tratamiento independientemente del tipo de programa conlleva a peores resultados, en cambio, si se extiende a un tiempo superior a tres meses pueden observarse cambios importantes (Pearson et al., 2012). Hubbard et al. (1989) encontraron que el tiempo necesario para producir resultados positivos para todos los tipos de drogas se encontraría entre seis y doce meses. A partir de estudios realizados a nivel retrospectivo y longitudinal, se ha encontrado que la duración del tratamiento y la consecución del tratamiento se relacionan de forma inversa con la continuación del consumo de sustancias en un momento posterior (Brever, Catalano, Haggert, Gainey y Fleming, 1998). En este sentido, Messina, Wish y Nemes (2000) analizan los predictores de resultado de tratamiento en una comunidad terapéutica encontrando que el permanecer al menos un año en el tratamiento, es el mejor predictor en las variables tomados para la evaluación de resultados después del tratamiento, tales como el consumo de drogas, el número de arrestos y la estabilidad en el empleo. DeLeón (1993) estableció que el tiempo de tratamiento en CT estaba relacionado de forma inversa con el consumo y actividades delictivas en un periodo de seguimiento de dos años.

Por todo lo dicho, cuando se avance en estas respuestas acerca de la temporalidad óptima, podrá ser posible determinar mejor que tipo de pacientes se benefician más ampliamente de los programas de tratamiento ofrecidos, así como

confiar en ajustarlos a perfiles distintos que se presenten con el fin de que sean eficaces no sólo a un nivel más teórico, sino también a nivel de la práctica clínica.

Nos gustaría poner en relación estos resultados con una serie de dificultades que se han encontrado, entre otras, se pueden señalar las siguientes:

-Los grupos estudiados de drogodependientes no presentan el mismo tamaño muestral, así el reducido número de sujetos dependientes de una sola sustancia (Tipo I) frente a la mayoría muestral de politoxicómanos (Tipo II) podría haber sesgado los resultados en alguna medida. El tamaño relativamente reducido de la muestra se podría tener en cuenta en próximos estudios, así como el menor porcentaje de mujeres que participan en el estudio, en este sentido, una parte importante de las investigaciones adolecen de este aspecto relativo al género. El diseñar programas de tratamiento más ajustados a las necesidades de la población drogodependiente femenina podría hacer que los resultados de los mismos fueran más favorables atendiendo a ciertas características diferenciales (atención de los hijos, historias de vivencias traumáticas, etc.). En este punto, también se muestra de interés señalar la alta mortalidad estadística o pérdida de sujetos, en la muestra estudiada, ésta es una de las principales dificultades de las evaluaciones de los programas de tratamientos en drogodependientes (Villa y Hermida, 1999).

-En otro orden de cosas, es importante señalar que no se ha partido de una selección aleatoria de la muestra debido a que los individuos que acceden al recurso y programa son los que piden realizar un tratamiento desde los recursos de segundo nivel, son consumidores de sustancias en los que coexisten enfermedades mentales en una proporción importante, que han accedido a la red de salud mental y drogodependencias y que han fracasado en tratamientos ambulatorios previos, así como la pequeña pero existente proporción de sujetos que acceden presionados por el sistema judicial, por lo que en este sentido no es una muestra obtenida al azar, sino que presenta unas características peculiares, en este sentido, al no haber sido azarosa se es consciente de todo lo que ello conlleva en cuanto a cuestiones metodológicas de confiabilidad.

A colación de la existencia de situaciones donde se ejerce cierta presión por realizar el tratamiento a través del sistema judicial, se aprovecha para comentar acerca de la voluntariedad del tratamiento y la motivación del paciente, aspectos que desde el momento del ingreso se muestran como variables importantes en la predicción del

progreso del tratamiento y en los resultados postratamiento. La voluntariedad se asocia a actitudes positivas hacia el mismo, reducción del consumo y recaídas tras la finalización. En este caso, el acudir de forma no voluntaria puede interferir o bloquear el desarrollo y la evolución del paciente, puede hacer que no se mantengan los resultados en el tiempo.

Relacionado con este aspecto, desde el C.T.D. El Alba los profesionales se encuentran a veces en un callejón sin salida, donde el sistema judicial (jueces) desconocen las características particulares de este tipo de recursos, utilizando esta vía pensando que las comunidades terapéuticas pueden ejercer ciertas funciones de vigilancia o privación de libertad, ignorando que somos profesionales de la salud y que las actividades dadas son terapéuticas dirigidas a incentivar la autonomía del sujeto y no el control del mismo, así como en ocasiones no respetar las indicaciones y valoraciones dadas por el equipo técnico en relación a la decisión de realizar ciertas salidas que son terapéuticas o la decisión de la conveniencia o no de finalizar ciertos tratamientos. Sería de enorme importancia que los jueces y agentes del sistema judicial conocieran de primera mano la red de asistencia a drogodependencias y salud mental, su funcionamiento y los objetivos que se persiguen.

-Otro aspecto a exponer, sería el no haber recurrido a un evaluador independiente o externo. No ha sido posible contar con este requisito por las limitaciones a nivel personal y temporal, lo que podría haber generado un sesgo relacionado con las expectativas del investigador (al no ser un estudio de doble ciego, se era conocedor de los objetivos del estudio). En este sentido, cuando es el propio personal de la institución el que se encarga de obtener la información y aplicar el tratamiento, presenta la ventaja de mejorar la exactitud de aquello que se mide (debido al conocimiento que tiene de la evolución y del estado del paciente) y al ser el mismo investigador a lo largo de todo el proceso de investigación permite que sean controladas ciertas variables de investigación que pudieran interferir. Otro aspecto que ha podido afectar ha sido a la hora de apreciar ciertos aspectos que conlleva una valoración subjetiva (por ejemplo, la gravedad de la adicción y necesidad de tratamiento necesario en los ítems derivados del instrumento EuropASI, aspectos criticados también en otros estudios). En esta línea añadir que, debido a las características particulares del recurso como ser un tratamiento residencial, intensivo, continuado, con un conocimiento profundo de la situación y evolución del paciente y sus circunstancias, etc., permite una

relación estrecha con el paciente día a día, recorriendo con él un proceso largo y complejo, donde se crean vínculos en la relación terapéutica, siendo éste un aspecto que pueda incidir en la valoración final de los cambios como mejores de los que puedan ser, así como el deseo de transmitir una buena imagen que pueda de alguna manera mostrar el paciente al profesional, o en los casos donde existen circunstancias legales (por ejemplo, tratamiento en centro de internamiento, ingreso forzoso, condiciones de cumplimiento de tercer grado, etc.) que podrían inducir al paciente a dar respuestas “adecuadas” con el fin de mejorar su situación judicial. Todos estos aspectos podrían ser contemplados y mejorados en próximos estudios contando con evaluaciones externas realizadas por investigadores ajenos al programa.

-Por otro lado, la enorme dificultad en la utilización de una condición de grupo control o lista de espera cuando otros estudios en esta línea sólo han realizado, pasando a ser un estudio de condición cuasiexperimental. En este sentido, al no disponer de grupo control, se ha utilizado como control, las medidas pretest y comparadas con las de posttest para evaluar los cambios que se revelan tras seis meses de tratamiento. Multitud de estudios acerca de la eficacia de los tratamientos realizados en comunidad terapéutica, utilizan diseños trasversales y longitudinales, pre y posttest, sin grupo control por la dificultad encontrada. Cabe señalar que esta situación (disponer de una lista de espera) conlleva a ciertos conflictos o debates, al trabajar en una red asistencial de drogas y salud mental, los pacientes que llegan a la comunidad terapéutica vienen derivados generalmente de las Unidades de Conductas Adictivas siguiendo el circuito terapéutico, donde previamente se encuentran en situación de lista de espera, en este sentido, existe un esfuerzo común por parte de los dispositivos de la red de agilizar estas listas en pro de dar una atención lo más rápida posible al drogodependiente al encontrarse en situación de crisis y en situación de peligrar su abstinencia, derivándolo lo más rápidamente posible a un recurso adecuado, por lo tanto la inmediatez es un factor clave (Sanchez-Hervás, 2004). En este sentido, no es posible “retener” a estos pacientes en los recursos ambulatorios ya que la asistencia se orienta a una asistencia de calidad, por lo que cuando los pacientes se encuentran esperando el ingresar en un recurso, son derivados al recurso o dispositivo que cuenta con una disponibilidad más temprana o inmediata. No obstante, este aspecto requiere de cierta reflexión para poder encontrar soluciones al respecto en próximos estudios.

Referencias Bibliográficas

- Addiction (1999). Commentaries on Project MATCH: matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction*, 94, 31-69.
- Adityanje y Murray, R. M (1991). The role of genetic predisposition in alcoholism. En L. B. Glass, *The international handbook of addiction behavior*. Londres: Tavistock Routledge.
- Agrawal, A., Heath, A. C. y Lynskey, M. T. (2011). DSM-IV to DSM-5. *Addiction*, 106: 1935-1943.
- Agrawal, A., Lynskey, M., Madden, P., Bucholz, K., y Heath, A. C. (2007). A latent class analysis of illicit drug abuse/dependence: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction*, 102, 94-104.
- Ahmadi, J., Kampman, K., Dackis, C., Sparkman, T. y Pettinati, H. (2008). Cocaine Withdrawal Symptoms Identify "Type B" Cocaine-Dependent Patients. *The American Journal on Addictions*, 17, 60-64. Disponible en doi: 10.1080/10550490701755999.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. N.J.: Prentice-Hall.
- Alfonso-Sánchez, J. L., Sanchís-Noguera, S., Prado del Baño M. J. (1991). Valoración del estado de salud como calidad de vida. *Medicina Integral*, 18 (3): 139-142.
- Alonso-Fernández, F., Matilla, V., y Gómez, V. M. (1979). *Bases psicosociales del alcoholismo*. Real Academia Nacional de Medicina.
- Alonso-Fernández, F. (1992). Alcoholdependencia. Personalidad del alcoholico (3ª edic.). Barcelona: Masson/Salvat.
- Alterman, A., Droba, A. y McLellan, T. (1995). Respuesta al Tratamiento en un Hospital de Día en Pacientes Dependientes del Alcohol y la Cocaína. *RET, Revista de Toxicomanías*, 5, 23-25.
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M. y Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 92, 61-74.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. y Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database System Review*, 4, CD005031. [Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M. y Mayet S. Tratamientos psicosociales y farmacológicos versus tratamientos farmacológicos para la desintoxicación de opiáceos. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.].
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition text revised)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition text revised). Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Amoyal, N. R., Robbins, M. L., Paiva, A. L., Burditt, C., Kessler, D., y Shaz, B. H. (2013). Measuring the processes of change for increasing blood donation in black adults. *Transfusion*, 53(6), 1280-1290. Doi:10.1111/j.1537-2995.2012.03864.x.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F., y Prochaska, J. O. (2005). Replication of subtypes for smoking cessation within the contemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 30(5), 915-927. Doi:10.1016/j.addbeh.2004.09.011.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F., y Prochaska, J. O. (2006a). Replication of subtypes for smoking cessation within the precontemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1101-1115. Doi:10.1016/j.addbeh.2005.08.002.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F., y Prochaska, J. O. (2006b). Replication of subtypes for smoking cessation within the preparation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31(2), 359-366. Doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.015.
- Andrés, A., Saldaña, C., y Gómez-Benito, J. (2011). The transtheoretical model in weight management: Validation of the processes of change questionnaire. *Obesity Facts*, 4(6), 433.
- Andreu, J. M., Fujihara, T. y Ramírez, J.M. (1998). Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students. *XIII World Meeting of ISRA*. July 12-17, Ramapo College, New Jersey U.S.A.
- Andreu, J., Peña, M. y Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión Española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.
- Annis, H. y Davis, C. (1989). Relapse prevention. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 170-182). New York: Pergamon Press.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P. K., Waid, L. R., Malcolm, R. J. Dias, J. K. et al. (2001). Posttreatment results of combining naltrexone with cognitive behavior therapy for the treatment of alcoholism. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 72-77.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Waid, L. R., Latham, P. K., Malcolm, R. J. y Dias, J. K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1758-1764.
- Aragón, C y Miguel M (2008). Alcoholismo. En A. Belloch, B. Sandín, y Ramos F., *Manual de Psicopatología* (Vol 1). Madrid: McGrawHill.
- Archer, J., Holloway, R. y McLouglin, K. (1995). Self-Reported physical aggression among young men. *Aggressive Behavior*, 21, 325-342.
- Arias Horcajadas, F., Ramos Atance, J. A., Red Madrileña de Investigación sobre Cannabis, y Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (2008).

- Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: Casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC).
- Aron, W. y Daily, D. (1976). Graduates and splitees from therapeutic commnunity drug treatment programs: A comparison. *International Journal Addiction*, 11, 1-18.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Babor T. F. (1996). The classification of alcoholics: typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Health Res World*, 20: 6-17.
- Babor, T. F. y Caetano, R. (2006). Subtypes of substance dependence and abuse: Implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*, 101(Suppl.1), 104-110. Doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01595.x.
- Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Saunders, J. y Grant, M. (1989). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Babor T. F. y Del Boca F. K. (2003). *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., y Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: Concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87(10), 1415-1431.
- Babor, T. F., Dolinsky, Z., Rounsaville, B. y Jaffe, J. (1988). Unitary vs. multidimensional models of alcoholism treatment outcome: Ampirical study. *Journal Study Alcohol*, 49, 167-177.
- Babor, T. F., Hofmann, M., Del Boca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S. y Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 599-608.
- Badía, X. y Podzamczar, D. (2000). Validación de cuestionarios de CVRS en pacientes VIH tratados con HAART. En X. Badia y D. Podzamczar (Eds.) *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH* (pp. 151-165). Madrid, Jarpyo Editores
- Baker, A., Boggs, T. y Lewin, T. (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279-1287.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S. et al. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100, 367-378.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Babor, T. F., y Rounsaville, B. J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: Support for a type A-type B distinction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 115-124. Doi:10.1037/0022-006X.63.1.115.

- Ball, S. A., Carroll, K. y Rounsaville, B. J. (1994). Sensation seeking, substance abuse, and psychopathology in treatment-seeking and community cocaine *abusers*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1053-1057. Doi:10.1037/0022-006X.62.5.1053.
- Ball, S. A., Kranzler, H. R., Tennen, H., Poling, J. C. y Rounsaville, B. J. (1998). Personality disorders and dimension differences between Type A and Type B substance abusers. *Journal of Personality Disorders*, 12, 1-12.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., Woody, G., Obert, J.L., Farentinos, C., y Carroll, K. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 556-567.
- Ballesteros, E., Bielza, C., Gómez-Olmedo, M., Maldonado, J. A., Ballbé, P. (1999). *Economía de la salud. Estadística para médicos. Clínica asistida por computadora*. Madrid, CIE, Inversiones Editoriales Dossat 2000.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-195.
- Bandura, A. (1982a). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1982b). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Co.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bandura, A. y Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-efficacy theory of behavioural change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- Barrat, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan and H.J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press.
- Barratt, E. S. y Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. In: Zuckerman M, editor. *Biological Basis of Sensation-seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates; Hillsdale, New Jersey, 77-116.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson.

- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de psicopatología*, 110, 58-61.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López, A., y Míguez, M. C. (2009). La Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. *Psicothema*, 21, 579-584.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López, A., Míguez, M. C., Castro, J., Nogueiras, L.,...Vázquez, D. (2011). La escala breve de evaluación del síndrome de dependencia de la nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles. *Psicothema*, 23, 126-132.
- Becoña, E. y García, M. P. (1995). Relation between the Tolerance Questionnaire (nicotine dependence) and assessment of carbon monoxide in smokers who participated in treatment for smoking. *Psychological Reports*, 77, 1299-1304.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (coord.) (1996). *Drogodependencias. I*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Belda, L., Cortés, M. T. y Tomás, V. (2010). Comparación de psicopatología en pacientes dependientes de alcohol, de cocaína y policonsumidores. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (4), 395-412.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Vol. I*. McGraw Hill. Edición revisada.
- Bennett, M. E., Bellack, A. S., Brown, C. H., y DiClemente, C. (2009). Substance dependence and remission in schizophrenia: A comparison of schizophrenia and affective disorders. *Addictive Behaviors*, 34(10), 806-814. Doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.023.
- Berglund, G.W., Bergmark, A., Bjorling, B., Gronbladh, L., Lindberg, S., Oscarsson, L., Olsson, B., Segraeus, V. y Stensmo C. (1991). The SWEDATE Project: interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 161-9.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23, 696-704.

- Bernard, P., Romain, A., Trouillet, R., Gernigon, C., Nigg, C., y Ninot, G. (2014). Validation of the TTM processes of change measure for physical activity in an adult french sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 402-410. Doi: 10.1007/s12529-013-9292-3.
- Biaggio, M. K., Supplee, K., y Curtis, N. (1981). Reliability and validity of four anger scales. *Journal Personality Assessment*, 45, 639-648.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G.,... y Sáiz, P. A. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bobes, J., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T, Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. (3ª ed.). Barcelona: Aula Médica.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Bottlender, M., Kohler, J. y Soyka, M. (2006). The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence - a review. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 74, 19-31.
- Bowen, S. Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide* (1º Ed.). N. Y: The Guildford Press.
- Brady, K. T., Grice, D. E., Dustan, L., y Randall, C. (1993). Gender differences in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1707-1711.
- Brewer, D., Catalano, R., Haggert, K., Gainey, R. y Fleming, C. (1998). A meta-analysis of predictor of continued drug use during after treatment for opiate addiction. *Adicction*, 93, 73-92.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D. y Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*, 5, 21-35.
- Brown, T., Dongier, M., Latimer, E., Legault, L., Seraganian, P., Kokin, M. y Ross, D. (2006). Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems: a preliminary study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, 23-40. Doi: 10.1300/J020v24n04_03.
- Brown, J. M., y Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.

- Budney, A. J., Higgins, S. T., Delaney, D. D., Kent, L. y Bickel, W. K. (1991). Contingent reinforcement of abstinence with individuals abusing cocaine and marijuana. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 657-665.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Rocha, H. L. y Higgins, S. T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 307-316.
- Buja, A., Guarnieri, E., Forza, G., Tognazzo, F., Sandonà, P., y Zampieron, A. (2011). Socio-demographic factors and processes associated with stages of change for smoking cessation in pregnant versus non-pregnant women. *BMC Women's Health*, 11(1), 3-3. Doi: 10.1186/1472-6874-11-3.
- Burke, B., Arkowitz, H., y Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing. En W. R. Miller y S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp. 217-250). New York: Guilford Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 843-861.
- Burkhart, G. (2000). EMCDDA tools for evaluating drug prevention. En Solverg, U. (coord.), *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*, (pp 69-73), EMCDDA Scientific Monograph Series, n° 5. Belgium, EMCDDA.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. y Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse amonginpatient drug and alcohol abusers: A predictor outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354-360.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. y Gaebel, W. (2002). Outpatient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 227-232.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Loll, A., Luthcke, H. et al. (2001). Outpatient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 24-29.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B. y Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-179.
- Buss, A. H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A. H. y Perry, M. P. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Calderwood, K. A. (2011). Adapting the transtheoretical model of change to the bereavement process. *Social Work*, 56(2), 107-118. Disponible en doi:10.1093/sw/56.2.107.
- Callaghan, R. C y Herzog, T. A. (2006). The relation between processes-ofchange and stage-transition in smoking behavior: a two-year longitudinal test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 31, 1331-1345.

- Carbonari, J.P. y DiClemente C.C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 810-817.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cardoso J. M., Neves R., Barbosa A., Ismail F., Pombo S. (2006). Neter alcoholic typology. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 133-9.
- Carney, M. M., y Kivlahan, D. R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 135-142.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K. M. (2004). Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En M. Sammons y N. Schmidt (eds.), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao: DDB.
- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. et al. (2001). Efficacy of disulfiram and cognitive-behavioral therapy in cocaine dependent outpatients: a randomized placebo controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 64, 264-272.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., Frankforter, T. L. y Rounsaville, B. J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocainealcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95, 1335-1349.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E. y Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-728.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M. et al. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. y Gawin, F.H. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Casas, M. (2000). Trastornos Duales. En Vallejo, J., Gastó, C. (Eds.), *Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 890-899). Barcelona: Masson.
- Casas, M., Duro, P. y Guardia, J. (1993). El trastorno por dependencia de opiáceos. Conceptos básicos que deben ser manejados por el personal del Hospital General no especializado en drogodependencias. En J. Cadafalch y M. Casas (eds.), *El paciente heroinómano en el Hospital General* (pp. 29-41). Madrid: Citrán-Plan Nacional sobre Drogas-Generalitat de Catalunya.

- Chaney, E. F., O’Leary, M. R. y Marlatt, G. A. (1978). Skill Training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Chiang, S. C., Chan, H. Y., Chang, Y., Sun, H. J., Chen, W. J., y Chen, C. K. (2007). Psychiatric comorbidity and gender difference among treatment-seeking heroin abusers in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 105-111.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanism in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Gilligan, S. B., Von Knorring, A. L., Reich, T., y Bohman, M. (1988). Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 7(3-4), 3-16.
- Colom, J., Gonzalvo Cirac, B., Sánchez, L., Eiroa Orosa, F. J., Casas Brugué, M., Moreno, A.,...Roncero Alonso, C. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113.
- Colletti, G., Supnick, J. A. y Payne, T. J. (1985). The Smoking Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, 7, 249-260.
- Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Cultura.
- Comas, D. (1998). “Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias”. *Intercambio*, 1, 11-22.
- Comas, D. (2005). *Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Grupo GID.
- Comas, D. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional*. Madrid, Fundación Atenea.
- Comas, D. (2010). *Un lugar para otra vida: Los centros residenciales y terapéuticos del movimiento pentecostal y carismático en España*. Madrid, Fundación Atenea.
- Comas, D. (2011). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid, Fundación Atenea.
- Compton, W. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B. y Grant, B. F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 38-46.
- Conde, V. y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167.
- Consejo Europeo (2013). Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020). *Diario Oficial de la Unión Europea*.

- Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. y Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (1999). *NEO PI-R. Inventario de personalidad NEO revisado*. Madrid: TEA ediciones.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *NEO PI-R Manual. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Coviello, D. M., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R. y Zanis, D. A. (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(2), 145-154. Doi: 10.1016/S0376-8716(00)00136-8.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1997). The NIDA collaborative cocaine treatment study: Rationale and methods. *Archives General Psychiatry*, 54(8), 721-726.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L.,...Beck, A. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.
- Cuadrado, P. (1999). Alcohol dependent subjects with psychiatric comorbidity: A heterogeneous group. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 27(4), 235-244.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N. y Wodak, A. (1991). *The opiate treatment Index (OTI) Manual, National Drug and Alcohol Research Technical Report, N°11*. Australia: University of New South Wales.
- Decreto 123/2011 de Castilla-La Mancha, de 7/7/2011, por el que se establece la estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. *Diario Oficial de Castilla La Mancha* 133/25662. DOCM núm. 90 de 24 de Julio de 2002.
- Decreto 268/2011 de Castilla-La Mancha, de 8/9/2011, de modificación del Decreto 123/2011, de 7 de julio, por el que se establece la estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. *Diario Oficial de Castilla La Mancha* DOCM 133/25662.
- DeLeon, G. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 239-244.
- DeLeon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model and method*. New York, NY: Springer Publishers.

- DeLeon, G., Wexler, H. K. y Jainchill, N. (1982). The Therapeutic Community: success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal of Addictions*, 17, 703-747.
- Derogatis, L. R. (1975). *Inventario de Evaluación Clínica de síntomas de Psicopatología Baltimore Clinical Psychometric Research (SCL-90-R)*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H. y Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *American Journal on Addictions*, 15, 26-33.
- Diario Oficial de Castilla la Mancha. (2006). Orden de 09-10-2006, de la Consejería de Sanidad, de modificación del mapa sanitario de Castilla la Mancha en las Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Guadalajara.
- Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M. P., Saiz Martínez, P. A., Bobes Bascarán, M. T., Casares López, M. J., Fonseca Pedrero, E., ... y Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22(3), 513-519.
- DiClemente, C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: a preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DiClemente, C. (1991). Motivational Interviewing and stages of Change. En Miller y Rollnick (Eds.). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp. 191-202). New York. Guilford Press.
- DiClemente, C., Fairhurst, S. y Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in addictive behaviors. En J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp.109-141). New York: Plenum.
- DiClemente, C. y Hughes, S. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiClemente, C., Nidecker, M., y Bellack, A. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25-35. Doi:10.1016/j.jsat.2006.12.034.
- DiClemente, C. y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and Therapy change of Smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of

- precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295–304.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of Smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad, Servicio Regional de Salud SESCAM y Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (2015). *Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015-2017*. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla La Mancha. Disponible en <http://www.castillalamancha.es/node/223312>.
- Dishman, R. K., Jackson, A. S., y Bray, M. S. (2010). Validity of processes of change in physical activity among college students in the TIGER study. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 164-175. Doi: 10.1007/s12160-010-9208-2.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., Van den Brink, W. y Sabbe, B. (2006a). Behavioural aspects of impulsivity in alcoholics with and without a cluster-B personality disorder. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 41(4), 412-420.
- Dom, G., D’Haene, P., Hulstijn, W. y Sabbe B. (2006b) Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: Differences in selfreport measures and a discounting task. *Addiction* 101, 50–59.
- Dom, G., Hulstijn, W. y Sabbe, B. (2006c) Differences in impulsivity and sensation seeking between early and lateonset alcoholics. *Addictive Behaviors* 31, 298–308.
- Dozois, J. A., Westra, H. A., Collins, K. A., Fung, T. S. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Assessment Scale (URICA). *Behavior research and therapy*, 42, 711-729.
- Drake, R. E., O’Neal, E. L., y Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138. Doi:10.1016/j.jsat.2007.01.011.
- Driessen, Lange, Junghanns y Wetterling, 2005). Driessen M., Lange W., Junghanns K., Wetterling T. (2005). Proposal of a comprehensive clinical typology of alcohol withdrawal a cluster analysis approach. *Alcohol Alcohol*, 40, 308–13.
- Drummond, D. C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96, 33-46.
- Drummond, D. C. y Phillips, T. S. (2002). Alcohol urges in alcohol-dependent drinkers: Further validation of the Alcohol Urge Questionnaire in an untreated community clinical population. *Addiction*, 97, 1465-1472.
- Duhamel, K., Li, Y., Rakowski, W., Samimi, P., y Jandorf, L. (2011). Validity of the process of change for colorectal cancer screening among african americans. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 271-283. Doi: 10.1007/s12160-010-9250-0.

- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T.M., Powers, M. B. y Otto, W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- Echeburúa, E. (1990). Terapia de conducta de la drogadicción. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud* (pp. 173-207). Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *Psicothema*, 20(4), 525-530.
- Echeburúa, E., De Medina, R. B. y Aizpiri, J. (2009). Personality disorders among alcohol-dependent patients manifesting or not manifesting cocaine abuse: A comparative pilot study. *Substance use & Misuse*, 44(7), 981-989. Doi:10.1080/10826080802494735
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81(2), 171-183.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59, 225-242.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (2013). *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/>.
- Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 73-82.
- Epstein, E. E., Labouvie, E., McCrady, B. S., Jensen, N. K., y Hayaki, J. (2002). A multi-site study of alcohol subtypes: Classification and overlap of unidimensional and multi-dimensional typologies. *Addiction*, 97(8), 1041-1053. Doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00164.x.
- Eriksen, L., Bjornstad, S. y Gotesman, K. G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, 11, 309-329.
- Escotado, A. (1989). *Historia general de las drogas*. Madrid.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre drogas 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>
- Etter, J. y Perneger, T. V. (1999). Associations between the stages of change and the pros and cons of smoking in a longitudinal study of Swiss smokers. *Addictive Behaviors*, 24, 419-424

- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Fava, J. L., Velicer, W. F., y Prochaska, J. O. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20, 189-203.
- Fernández, J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales dePsiquiatría*, 18, 421-427.
- Fernández-Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico. Concepto y metodología*. Madrid: Cincel- Kapelusz Ed.
- Fernández, J. J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. A. y Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 271-283.
- Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., Fernández Ludeña, J. J. y Marina González, P. A. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community Treatment in Spain: A Long-Term Follow-Up Study. *European Addiction Research*, 8, 22-29.
- Feuerlein, W.(1976). Kurzfragebogen für Alkoldefährdete (KFA): eine empirische Analyse. *Archive Psychiatric Nevenkr*,22,139-152.
- Feuerlein, W. Küfner, H., Ringer, C. y Antons, K. (1979). *Münchener Alkoholismustest*. Beltz, Weinheim.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 29(1), 12-20.
- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. P. (2003). When low selfefficacy is efficacious: toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behaviour. *American Journal on Addictions*, 12, 346-364.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W y Benjamin, L. S. (1997). *User's Guide for the Structured clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality disorders*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Freixa, F., Masferrer, J. y Sala, L. L. (1988). *Urgencias en drogodependencias*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade.
- Freyer, J., Bott, K., Riedel, J., Wedler, B., Meyer, C., Rumpf, H.,...Hapke, U. (2006). Psychometric properties of the 'Processes of change' scale for alcohol misuse

- and its short form (POC-20). *Addictive Behaviors*, 31(5), 821-832. Doi:10.1016/j.addbeh.2005.06.007.
- Fried, T. R., Redding, C. A., Robbins, M. L., Paiva, A., O'Leary, J. R., y Iannone, L. (2012). Promoting advance care planning as health behavior change: Development of scales to assess decisional balance, medical and religious beliefs, and processes of change. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 25-32. Doi:10.1016/j.pec.2011.04.035.
- Gandek, B. y Ware, J. E. (1998). Translating functional health and wellbeing: International Quality of life Assessment (IQOLA). Project studies of the SF-36 health Survey. Special Issue. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:891-1214.
- García, J., Collado, E., Gómez, J., y Arias, R. M. (2006). Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre Tipo A y Tipo B. *Psicothema*, 18(1), 43-51.
- García-Rodríguez, O., Sánchez Hervás, E., Secades Villa, R., Santonja Gómez, F. J., Martín Yanez, E., Zacarés Romaguera, F., . . . Calatayud Francés, M. D. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones: Revista De Sociodrogalcohol*, 22(1), 59-64.
- García-Rodríguez, O., Sánchez Hervás, E., Secades Villa, R., Santonja Gómez, F. J., Zacarés Romaguera, F., y García Fernández, G. (2010). Manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína en un contexto sanitario público. *Revista Iberoamericana De Psicología y Salud*, 1(1), 17-27.
- García-Rodríguez, O., Secades, R., Álvarez Rodríguez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. R. Carballo, J. L. et al. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- García-Fernández, G., Secades, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J. R., y Fernández-Artamentdi, S. (2010). Tratamiento de la adicción a la cocaína mediante terapia de incentivos. *Trastornos Adictivos*, 12(4). Doi: 10.1016/S1575-0973(10)70026-x.
- Gerbing, D. W., Ahadi, S. A. y Patton, J. H. (1987). Toward a conceptualization of impulsivity: Components across the behavioral and self-report domains. *Multivariate Behavioral Research*, 22, 357-379.
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9, 139-145.
- Goldstein, S., Gordon, J. R., y Marlatt, G. A. (1984). *Attributional processes and relapse following smoking cessation*. Paper presented at the American Psychological Association. Convention, Toronto, Ontario, Canada.

- Gómez, C. F., y Hernández, M. A. T. (2004). Validación Española de Maudsley y Adiccion profile (MAP). *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, 16(4), 267-276.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M., Rodríguez-Pulido F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas*. Adaptación española del SCL-90-R. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones.
- González, J., Gómez, J. L., y Mendoza, H. M. T. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, 23(3), 227-235.
- González-Sáiz, F., Salvador-Carulla, L., Martínez, J. M., López, A., y Ruz, I. (2002). Estudio de validez y fiabilidad de la versión española de la entrevista clínica Opiate Treatment Index (OTI). En I. Iraurgi y F. González-Sáiz (Eds.), *Instrumentos para la evaluación en drogodependencias* (pp. 133-153). Madrid: Aula Médica.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G. y Bradley, B. (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209-216.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addictive Behaviors*, 27, 155-66.
- Graham, K., Annis, H.M., Brett, P. J. y Venesoen, P. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91, 1127-1139.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-958.
- Graña, J. L. (1991). *Diseño y valoración de un programa de intervención psicosocial en drogodependencias*. Tesis doctoral. Madrid: Editores de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Graña, J. L. (1994a). Evaluación conductual de las drogodependencias. En: Graña, J. L. (Dir.). *Conductas adictivas*. Madrid: Editorial Debate.
- Graña, J. L. (1994b). Intervención conductual individual en drogodependencias. En: Graña, J. L. (Dir.). *Conductas adictivas*. Madrid: Editorial Debate.
- Graña, J. L. y Carrobles, J. A. (1991). Condicionamiento en la adicción. *Psicothema*, 3(1): 87-96.

- Graña, J. L. y García, A. (1987). Reinserción social a nivel familiar. En: P. F. Ramos, A. García, J. L. Graña y D. Comas (eds.), *Reinserción social y drogodependencias*. Barcelona: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- Graña J. L. y Muñoz, M. (2008). Tratamiento cognitivo conductual para el tratamiento a la adicción a la cocaína y a la heroína. En: *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2. (pp. 129-159). Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Graña, J. L., Muñoz, J. J. y Navas, E. (2007). Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid. Madrid: Agencia Antidroga.
- Graña J. L., Muñoz J. J. y Navas E. (2008). Perfiles de personalidad en subtipos de drogodependientes en tratamiento acusados de delito. *Psicología Conductual*, 16, 23-36
- Graña, J. L., Muñoz, J. J. y Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 46, 418-423. Doi:10.1016/j.paid.2008.11.011
- Graña, J. L., Redondo, N., Muñoz-Rivas, M. J., y Cantos, A. L. (2014). Subtypes of batterers in treatment: Empirical support for a distinction between type I, type II and type III. *PloS One*, 9(10). Disponible en doi:10.1371/journal.pone.0110651.
- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Gudyish, J. y Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 15-23.
- Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R. y Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66.
- Gruber, K., Chutuape, M. A. y Stitzer, M. L (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-tern evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 211-223.
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387.
- Gual, A. (2006). Alcoholismo. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6ª Ed.). Barcelona: Elsevier/Masson.
- Gual, A. (2007). Dual Diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26, 65-71.
- Guardia, J. (1996). Avances en el tratamiento farmacológico del alcoholismo. En J. Aizpiri, y J. F. Marcos (Eds.), *Actualización del tratamiento del alcoholismo* (pp. 65-96). Barcelona: Masson.
- Guardia, J., Jiménez, M. A., Pascual, F., Flórez, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.

- Guerra D. (1992). Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción. En M. Casas (Ed.). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías* (pp.59-90). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Guillén, A. I. y Mañoso, V. (2004). La entrevista motivacional: Revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. *Interpsiquis*.
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R. y Jarvis, M. (2005) Relapse prevention interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1 [Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)].
- Hall, K. L. y Rossi, J. S. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, 46 (3), 266-274. Doi:10.1016/j.ypmed.2007.11.006.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R. and Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285-287.
- Hartz, D. T., Meek, P., Piotrowski, N. A., Tusel, D. J., Henke, C. J., Delucchi, K. et al. (1999). A cost-effectiveness and cost-benefit analysis of contingency contracting-enhanced methadone detoxification treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 207-218.
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., y Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170, 834-851.
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith M., y Endicott, J. (1996). Psychiatric research interview for substance and mental disorders (PRISM): Reliability for substance abusers. *The American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1195-1201. Doi:10.1176/ajp.153.9.1195.
- Hayasida, M.(1981). Quantitative Inventory of Drinking Behavior Scale. En: *Libro de Actas del Sixth Annual Meeting of the Coatesville Conference on addiction*. Coatesville, P. A.
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Herzog, T. y Blagg, C. (2007). Are most precontemplators contemplating smoking cessation? Assessing the validity of the stages of change. *Health Psychology*, 26, 222-231.

- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Higgins, S. T., Badger, G. J. y Budney, A. J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 377-386.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Badger, G., Foerg, F. y Ogden, D. E. (1995). Outpatient Behavioral Treatment for Cocaine Dependence: One-Year Outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Higgins, S.T., Heil, S.H., Dantona, R., Donham, R., Matthews, M., y Badger, G.J. (2007). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction*, 102, 271-81.
- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Ogden, D. E. y Dantona, R. L. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Hoepfner, B. B., Velicer, W. F., Redding, C. A., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Pallonen, U. E., y Meier, K. S. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation processes of change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1363-1372. Doi:10.1016/j.addbeh.2005.11.002.
- Hoffman, J. A., Caudill, B. D., Koman, J. J., Luckey, J. W., Flynn, P. M. y Mayo, D. W. (1996). Psychosocial treatments for cocaine abuse. 12-month treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 3-11.
- Holder, H. D., Longabaugh, R., Miller, W. R. y Rubonois, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Horn, D. y Waingrow, S. (1966). Some dimensions of a model for smoking behavior change. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 56 (12), 21-26.
- Horn, D. A. (1976). A model for the study of personal choice health behavior. *International Journal of Health Education*, 19, 89-98.

- Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrum*, 11, 829-841.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., y Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24-34.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D. y Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness. Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 513-23.
- Hubbard, R.L., Marsden, M. Rachal, J. Harwood, H., Cavanaugh, E. y Ginsburg, H. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. University of North Carolina Press: Chapel Hill, NC.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. y Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 125-34.
- Hughes, J. R., Peters, E. N. y Naud, S. (2008). Relapse to smoking after 1 year of abstinence: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 33(12), 1516-1520. Disponible en doi: 10.1016/j.addbeh.2008.05.012.
- Hunt, S. M., McEwen, J., McKena, S. P. (1986). *Measuring health*. London: Croom Helm.
- Hunt, S. M., McKena, S., McEwen, J., Williams, J. y Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science in Medicine*, 15A, 221-229.
- Iguchi, M. Y., Belding, M. A., Morral, A. R., Lamb, R. J. y Husband, S. D. (1997). Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 421-428.
- Informe Europeo sobre Drogas. Informe anual 2013 del Observatorio Europea de las Drogas: El problema de la drogodependencia en Europa
- Informe Mundial sobre Drogas (2013). Observatorio Español sobre Drogas. Plan nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/>
- Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/2_Informe_2013.pdf.
- Iraurgi, I. (1999). Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: estructura factorial, consistencia interna y validez. *Revista española de Drogodependencias*, 24(1), 35-45.
- Iraurgi, I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de resultados terapéuticos. *Trastornos Adictivos*, 2, 99-113.

- Iraurgi, I. (2002). Valoración del estado de salud como calidad de vida. Aplicación de la matriz de Rosser en toxicomanías. *Revista Española de Drogodependencias*, 27.
- Iraurgi, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.
- Iraurgi, I. y González Saiz F. (2002). *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. Madrid: Aula Médica.
- Iraurgi I, González-Saiz F, Gisbert J. (2002). Instrumentos de evaluación utilizados en la investigación clínica de las toxicomanías. Una guía de los instrumentos adaptados al castellano. En: Iraurgi Castillo I, González-Saiz F (Eds.) *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp.79-119). Madrid: Aula Médica.
- Iraurgi, I., Sanz, M., Martínez, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones: Revista Socidrogalcohol*, 16, 185-95
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. y Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Janis, I. L. y Mann, L (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Nueva York: Free Press.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673-684.
- Jellinek, E. M (1960a). Alcoholism: A genus and some of its species. *Canadian Medical association Journal* 83, 1341-1345.
- Jellinek, E.M. (1960b). *The disease concept f alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Jiménez, M. (2005). *Evaluación del deseo de Beber en Alcohólicos*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Jiménez, M., Graña, J. L., Montes, V., y Rubio, G. (2009). Alcohol Craving Scale based on three factors. *European Addiction Research*, 15, 135-142.
- Jones, H. E., Haug, N. A., Stitzer, M. L. y Svikis, D. S. (2000). Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives. *Addictive Behaviors*, 25, 263-267.
- Johansson, B. A., Berglund, M. y Lindgren, A. (2006). Efficacy of maintenance treatment with naltrexone for opioid dependence: a meta-analytical review. *Addiction*, 101, 491-503.
- Johnson, B. A., Jasinski, D. R., Galloway, G. P., Kranzler, H., Weinreib, R., Anton, R. F. et al. (1996). Ritanerlin in the treatment of alcohol dependence a multicenter clinical trial. *Psychopharmacology*, 128, 206-215.

- Johnson, B. A., Roache, J. D., Javors, M. A., DiClemente, C. C., Cloninger, C. R., Prihoda, T. J. et al. (2000). Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 284, 963-971.
- Jones, S. L., Kanfer, R., Y Lanyon, R. I. (1982). Skill training with alcoholics: A clinical extension. *Addictive Behaviors*, 7(3), 285-290.
- Jones, H. E., Wong, C. J., Tuten, M. y Stitzer, M. L. (2005). Reinforcement-based therapy: 12-month evaluation of an outpatient drug-free treatment for heroin abusers. *Drug Alcohol Dependence*, 79(2), 119-28.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale PANSS for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13 (82), 261-276.
- Katz, E. C., Gruber, K., Chutuape, M. A. y Stitzer, M. L. (2001). Reinforcement based outpatient treatment for opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 93-98.
- Keefer, L. y Blanchard, E. B. (2001). The effects of relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behavior Research and Therapy*, 39 (7), 801-811.
- Keller, M. (1960). Definitions of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 21, 125-134.
- Keller, C., Allan, J. y Tinkle, M. B. (2006). Stages of change, processes of change, and social support for exercise and weight gain in postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 232-240. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00030.x.
- Kirby, K. C., Amass, L. y McLellan, A. T. (1999). Disseminating contingencymanagement research to drug abuse treatment practitioners. En S. T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicitdrug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J. y Platt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 761-767.
- Kirby, K. N. y Petry, N. M. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction*, 99(4), 461-471. Doi:10.1111/j.1360-0443.2003.00669.x.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Kleber, H. D. (1983). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(10), 606-210.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

- Kramer, J. F. y Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- Kranzler, H. R., Del Boca, F. K., y Rounsaville, B. J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 619–626.
- Labrador, J., Echeburua, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Landheim, A. S., Bakken, y Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two countries in Norway. *European Addiction Research*, 9, 8-17.
- Lane, S. D., Moeller, F. G., Steinberg, J. L., Buzby, M. y Kosten, T. R. (2007). Performance of cocaine dependent individuals and controls on a response inhibition task with varying levels of difficulty. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 717–726.
- Lara, C. y Medina Mora, M. E. (2006). Clasificación y diagnóstico. En J. C. Pérez de los Cobos, J. C. Valderrama, G. Cervera y G. Rubio, *Tratado SET de trastornos adictivos* (1ª ed.) (pp. 139-152). Madrid: Medica Panamericana.
- Lee, Y., Park, N., y Kim, Y. (2006). Process of change, decisional balance, self-efficacy and depression across the stages of change for exercise among middle aged women in Korea. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 36(4), 587.
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P., y Rivas, K. (2013). Effective interventions in the problematic use of alcohol and other drugs. *Pan American Journal of Public Health*, 34(4), 257.
- Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para medir calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (Eds.), *Calidad de vida en trastornos mentales* (pp. 77-92). Barcelona: Masson.
- Lejuez, C. W., Bornovalova, M. a., Reynolds, E. K., Daughters, S. B., y Curtin, J. J. (2007). Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(2), 165-175.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P. et al. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, C., Kanter, S. y Comois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.

- Litt, M. D., Babor, T. F., DelBoca, F. K., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1992). Types of alcoholics, II: Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609–614.
- Litt M. D., Kadden R. M., Cooney N. L. y Kabela E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118–28.
- Littell, J. H. y Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-273.
- Lobo, A. y Gimeno, J. L. (1981). Estudio transcultural de los problemas psiquiátricos en pacientes oncológicos. *Oncología*, 136, 24-30.
- Lobo, A., Perez-Echevarría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Longabaugh R. y Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Research & Health*, 23, 78-85.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, (3), 578-583.
- López, A. y Becoña, E. (2008). Subtyping of individuals undergoing treatment for cocaine dependence. *Psicothema*, 20(4), 538-544.
- López-Goñi, J. Fernández-Montalvo, J. y Arteaga, A. (2011). Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring?. *Journal of Substance Abuse Treatment* 42, 392–399.
- López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- López-Torrecillas, F., Salvado, M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 33-51.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M.,...Regier, D. A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Loranger, A. W., Susman, V. L., Oldham, J. M. y Russakoff, L. (1987). The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 1, 1-13.
- Luborsky, L. (1962). Clinician's judgement of mental health: a proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 77, 407-415.

- Luborsky, L. y Bachrach, H. (1974). Factors influencing clinician's judgement of mental health: eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. *Archives of General psychiatry*, 31, 292-304.
- Luengo, M. A., Carrillo de la Peña, M. T. y Otero, J. M. (1991). The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 657-667.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. y Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- Magill, M., y Ray, L. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527.
- Mariño, M., Berenzon, S. y Medina Mora, M. E. (2005). Síndrome de dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. *Salud Mental*, 28(4) 33-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242804>.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 137-159). Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779-788.
- Marlatt, G., Chawla, N. y Bowen, S. (2011). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness. Guía clínica*. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwe.
- Marlatt G. A. y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2ª Ed.). Nueva York: Guilford Publications.
- Marlatt, G.A. y Donovan, D. M. (2008). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. N. Y.: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En: P. O. Davidson y S. M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: changing Health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 93-116). New York: Guilford Press.
- Marlat, G. A., y Gordon, J. R. (1993). *Prevenção a recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Marques, A. y Formigoni, M. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96, 835-846.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P.,...y Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857-1867.
- Martí, J., Carballo, J. L., Cárceles, I., García, A., Gómez, R. M. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matrix en un centro público: Un estudio piloto. *Salud y drogas*, 12(2), 253-272. Doi: 83924965005.
- Martin, R. A., Rossi, J. S., Rosenbloom, D., Monti, P. M. y Rohsenow, D. J. (1992). *Stages and processes of change for quitting cocaine*. Póster presentado a la 26th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Boston.
- Martín del Moral y Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: P. Lorenzo, J. M. Ladera, J. C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (2ªEd.) Madrid: Médica Paramericana.
- Martínez, J., Graña, J. L. y Trujillo, H. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23(3), 227-235.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. y Hall, S. H. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 832-837.
- Mayfield, D., McLeod, G y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *American journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- McCusker, J., Bigelow, C., Frost, R., Hindin, R., Vickers-Lahti, M., y Zorn, M. (1994). The relationships of HIV status and HIV risky behavior with readiness for treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 129-138.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P. y Koppenhaver, J. (1997). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 61, 264-272.
- McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. L., Rikoon, S. H., Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *American Journal on Addictions*, 15:113-124.

- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peter, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance abuse treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Woody, G. E., Druley, K. A. (1982). Is treatment for substance abuse effective. *Journal of the American Medical Association*, 247 (10), 1423-1428.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Medina-Mora, M. F., Rojas, E., Galva, J., Berenzon, S., Carreno, S., Juarwz, F., et al. (1994). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16, 2-8.
- Memoria Anual del Centro de Tratamiento a Drogodependientes El Alba (2015). Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (no publicado).
- Messina, N., Wish, E. y Nemes, S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 26(2), 207-27.
- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., y Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 97-107. Doi:10.1016/j.jsat.2009.09.004.
- Miller, P. (1975). A behavioral intervention program for public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915-918.
- Miller, W., Andrews, N., Wilbourne, P. y Bennett, M. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatment of alcohol problems. En W. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviour* (2 Ed., pp. 203-216). Nueva York: Plenum.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction*, 100, 421.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., y Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (eds) (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York, Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

- Miller, W. R. y Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: Interpretive scoring system.
- Millon, T. (1987). *Manual of the MCMI-II*. Minneapolis: National computer system.
- Millon, T. (2000). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., Davis, R. y Millon C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Minneapolis: Pearson.
- Mirin, S. M., Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Michael, J. L. (1991). Psychopathology in drug abusers and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 32(1), 36-51.
- Miquel, L., Roncero, C. López-Ortiz, C. y Casas, M. (2011) Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23 (2), 165-172.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Oderinde, V., Mathias, C. W., Andrew Harper, R. y Swann, A. C. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(1), 105-111. Doi:10.1016/S0376-8716(02)00106-0.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C. y Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 193-198. Doi:10.1016/S0740-5472(01)00202-1.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Rustin, T., Swann, A. C., Allen, T. J., Shah, N., y Cherek, D. R. (1997). Antisocial personality disorder and aggression in recently abstinent cocaine dependent subjects. *Drug and Alcohol Dependence*, 44(2), 175-182. Doi:10.1016/S0376-8716(96)01335-X.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J. y Myers, M. (1999). Brief interventions for harm reduction with alcohol – positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A. y Abrams, D.B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance abuse outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717-1728.

- Moss, H. B., Chen, C. M., y Yi, H. (2007). Subtypes of Alcohol Dependence in a Nationally Representative Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 149–158. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.05.016
- Mothner, I. y Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. y Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- MTP Research Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455-466.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Muñoz, J. (2005). *Drogodependencias y procesos psicológicos: evaluación clínica y modelos explicativos*. Tesis doctoral publicada, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Muñoz, J. J., Navas, E., Graña, J. L. y Martínez, R. (2006). Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre tipo A y tipo B. *Psicothema*, 18, 43-51.
- Muñoz, P. P., Vázquez, J.L., Pastrana, E., Rodríguez, F. y Oneca, C. (1978). Study of the validity of Goldberg's 60-item GHQ in its Spanish version. *Social psychiatry*, 13, 99-104.
- Muñoz, P. P., Vázquez, J. L., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Varo J. (1979). Adaptación española del General health Questionnaire (GHQ) de Golderg. Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.
- Nahom, D. (2005). Motivational interviewing and behavior change: how can we know if it words?. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 55-78.
- National Institute on Drug Abuse (2001). *Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. <http://www.drugabuse.gov/publications>
- National Institute on Drug Abuse (2002). *Research report series Therapeutic Community*. Disponible en www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html. (visitado en Abril, 2014).
- National Institute on Drug Abuse, (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide, Revised* (3ª ed.). National Institute on Drug Abuse National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.drugabuse.gov/publications>
- Nemes, S., Wish, E.D. y Messina N. (1999). Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of

- Columbia treatment initiative experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 339-47.
- Nielsen, D. A., Ho, A., Bahl, A., Varma, P., Kellogg, S., Borg, L. y Kreek, M. J. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1-2), 113-120. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.022.
- Norcross, J. C., Krebs, P. y Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical psychology: In session*. 67(2), 143-154. Doi: 10.1002/jclp.20758.
- Nunes, E. V., Rothenberg, J. L., Sullivan, M. A., Carpenter, K. M. y Kleber, H. D. (2006). Behavioral therapy to augment oral naltrexone for opioid dependence: a ceiling on effectiveness? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 503-517.
- Obert, J. L., McCann, M. J., Martinelli-Casy, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P. y Rawson, R. (2000). The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157-164.
- Observatorio de Drogas de Castilla La Mancha (2004). *Plan Regional de Drogas (1992-1995)*. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (2004). Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud y Bienestar social.
- Observatorio de Drogodependencias de Casilla La Mancha (2004). *Número 0. Mirando al futuro*. Madrid: Observatorio de Drogodependencias de Castilla la Mancha. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (1992). Consejería de Salud y Bienestar social.
- Observatorio de Drogodependencias de Castilla La Mancha (2014). *Informe sobre drogodependencias de Castilla La Mancha 2013*. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo.
- Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías (OEDT). *Informe 2009. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>.
- Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías (OEDT). *Informe 2011. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>.
- Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías (OEDT). *Informe 2013. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2013) *Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea. Informe 2013*. Plan nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. <http://www.pnsd.msc.es/>
- Observatorio Regional de Drogas de Castilla la Mancha (2013). *Fase de consulta del Plan Regional de Drogodependencias y otras adicciones de Castilla la Mancha*

- (2013-2016) Toledo: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla La Mancha.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Rode, S., Schottenfeld, R., Meyer, R. E. et al. (1996). Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 217-224.
- Oquendo, M.A, Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V., Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of the Barrat Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal Psychiatry*, 15, 147-155.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Ginebra: O.M.S.
- Organización Mundial de la Salud/WHO (1993). *The Composite International Diagnostic Interview: core versión 1.1*. Washinton, DC.American Psychiatric Association.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., Reiter, S. R., Maltzer-Brody, S. y Rosenbaum, J.F. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1485-1490.
- Palacios, L. (2001): “*Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina*”, I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer, Madrid, Instituto Spiral, 258-277.
- Pantalon, M., Nich, C., Frankforter, T. y Carroll, K., (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 299–307. Doi: 10.1037//0893-164X.16.4.299.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. Doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768: AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1.
- Pearson, F. S., Prendergast, M. L., Podus, D., Vazan, P., Greenwell, L., y Hamilton, Z. (2012). Meta-analyses of seven of the national institute on drug abuse's principles of drug addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 1. Doi:10.1016/j.jsat.2011.10.005.
- Pedrero, E. y Ruiz, J. (2012). Subtipos de adictos a la cocaína con y sin consumo problemático de alcohol asociado: hacia una neuropsicología de la personalidad aplicada a la clínica Adicciones: *Revista de sociodrogalcohol*, 24(4), 291-300.
- Pedrero, E., Ruiz, J., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24, 51-58.

- Pelissier, B y Jones, N. (2005). Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of substance abuse treatment*, 30, 113-120. Doi: 10.1016/j.jsat.2005.10.006.
- Penick, E., Nickel, F., Powell, B., Liskow, E., Campbell, J. Dale, T., Bassaneim, R. y Noble, E. (1999). The comparative validity of eleven alcoholism typologies. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 188-202.
- Peña Fernández, M. E., Andreu Rodríguez, J. M., y Graña Gómez, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- Peralta, V., y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSSA) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 22(4), 171-7.
- Pereiro, C., Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J. y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Pérez, E. P., García, C. P., López, I. S. y Del Río, S. O. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 176-191.
- Pérez De los Cobos, J., Santis, R. y Tejero, A. (1999). La medición del craving de sustancias psicoactivas ilegales. *Trastornos Adictivos*, 1, 22-26.
- Pérez De los Cobos, J., Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Pérez del Río, F. (2012). Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. *Revista. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 287-303. Doi: 10.4321/S0211-57352012000200006.
- Perz, C. A., DiClemente, C. C. y Carbonari, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L. y Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 250-257.
- Petry, N. M. y Simcic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 81-86.
- Petry, N. M., Tedford, J. y Martin, B. (2001). Reinforcing compliance with nondrug related activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 33-44.

- Piñeiro, B., Fernández Del Río, E. y López-Durán, A. (2014). Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicologico para dejar de fumar?. *Anales De Psicología*, 30(1), 123-132. <http://0-dx.doi.org.cisne.sim.ucm.es/10.6018/analesps.30.1.131961>.
- Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010*. Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/pad06.pdf>
- Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2000-2004*. Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
- Plan de Salud Mental 2005-2010*. Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plansa05.pdf>.
- Plan Nacional de Drogas (2011)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional de Drogas (2013)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Regional de Dogodependencias y otras Adicciones de Castilla La Mancha (2013-2016)* Fase de consulta. Última entrada en 17 de enero de 2015 http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20140808/consulta_plan_regional_drogodependencias.pdf.
- Plumier, B. A., Velicer, W. F., Redding, C. A., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Pallonen, U. E. y Meier, K. S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for Smoking. Measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26, 551-571.
- Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A. y Rubio, G. (2003). Aspectos médicos de la evaluación de la dependencia alcohólica. Indicadores clínicos y medidas fisiológicas. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández-Hermida (Coord.), *Evaluación de los trastornos adictivos*. Manual SET de alcoholismo (pp. 243-258). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Powers, M. B., Vedel, E., y Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962.
- Prendergast, M. L., Hall, E. A., Wexler, H. K., Melnick, G., y Cao, Y. (2004). Amity prison-based therapeutic community 5-year outcomes. *The Prison Journal*, 84(1), 36-60. Disponible en doi: 10.1177/0032885503262454.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., y Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 53-72. Doi: 10.1016/S0376-8716(02)00014-5.

- Prendergast, M. L., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101(11), 1546-1560. Doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- Prochaska, J. O. (2008a). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*, 28(6), 845-849. Doi: 10.1177/0272989X08327068.
- Prochaska, J. O. (2008b). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine*, 46(3), 281-285. doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.015
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of Smoking: Toward an integrative model of change.. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984a). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984b). Stages and proceses of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En S. Shiffman y T. A. Wills (Eds.). *Doping and substance abuse* (pp. 345-363). San Diego, CA: Academic Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp.184-214). Nueva York, NY: Plenum.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried, (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2ºEd.). New York: Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addctivie behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O. y Goldstein, M. G. (1991). Process of smoking cessation. implications for clinicians. *Clinics in Chest Medicine*, 12(4), 727.

- Prochaska, J. O., y Norcross, J. C. (2002). Stages of change. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (303-313). New York: Oxford University Press
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2007). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7ªed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas. En E. Casas y M. Gossop (eds). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 56-85) Barcelona: Ediciones de neurociencias.
- Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. y Fava, J. (1988). Measuring procesos of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., Rossi, J. S., y DiClemente, C. C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 83-107.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G, Marcus, B. H., Rakoeski, W.,...Rossi, S. R. (1994). States of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.
- Project MATCH Research Group (1998). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction* 92, 1671- 1698.
- Ramírez, J.M., Andreu, J.M. y Fujihara, T. (2001). Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students using two different inventories. *Aggressive Behavior*, 27, 313-322.
- Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. y col. (2002). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Rawson, R., McCann, M., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C. et al. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant dependent individuals. *Addiction*, 101, 267-274.
- Rawson, R., McCann, M., Huber, A. y Shoptaw, S (1999). Contingency management and relapse prevention as stimulant abuse treatment interventions. En S.T. Higgins y K. Silverman, *Motivating behavior change among illicit-drug*

- abusers: Research on contingency management interventions* (pp. 57-74). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., MarinelliCasey, P. J. et al. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 117-127.
- Redd, G. M.; Anaya, C. y Evans, S. C. (2012). “¿Qué es la CIE y por qué es importante en la Psicología?”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461-473.
- Redding, C. A., Prochaska, J. O., Paiva, A., Rossi, J. S., Velicer, W., Blissmer, B. J.,...Sun, X. (2011). Baseline stage, severity, and effort effects differentiate stable smokers from maintainers and relapsers. *Substance use & Misuse*, 46(13), 1664-1674. Doi: 10.3109/10826084.2011.565853.
- Redondo, N. (2012). *Eficacia de un programa de tratamiento psicológico para Maltratadores*. Tesis doctoral publicada, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Reid, R. C., Cyders, M. A., Moghaddam, J. F. y Fong, T. W. (2014). Psychometric properties of the barratt impulsiveness scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence. *Addictive Behaviors*, 39(11), 1640. Doi:10.1016/j.addbeh.2013.11.008.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., Wit, J., Berking, M., Cuijpers, P.,...Institutionen för beteendevetenskap och lärande. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 394-406. Doi:10.1111/add.1244.
- Rivero, I. (2014). *Grupo de género en una comunidad terapéutica especializada en patología dual*. XVI Jornadas Nacionales de Patología dual. SEPD, Valencia.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J.E., Babor, T. F., Burke, J. et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1069-1077.
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A.,... Palomo, T. (2008). Trastornos duales en pacientes psiquiátricos ingresados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49, 195-205.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R. M., Vecino, C., y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) Y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.

- Rodríguez, J., Párraga, J. y León, J. (1983). Terapia de conducta y alcoholismo: Desarrollo y situación actual. *Drogalcohol*, 7, 187-199.
- Rodríguez-Martos A, Suárez R. (1984). MALT (Munchner Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. *Revista de psiquiatría y psicología medica de europa y america latinas*, 16, 421-32.
- Roffman, Stephens, Simpson y Whitaker, (1990). Roffman, R. A., Stephens, R. S., Simpson, E. E. y Whitaker, D. (1990). Treatment of marijuana dependence: Preliminary results. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, 129–137.
- Rogers, C (1986). Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Michalec, E. y Abrams, D. B. (2000). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 515-520.
- Roll, J. M., Higgins, S. T. y Badger, G. J. (1996). An experimental comparison of three different schedules of reinforcement of drug abstinence using cigarette smoking as an exemplar. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 495-504.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., y Hall, W. (1992). Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O., Casas, M. y Szerman, N. (2010). *Patología Dual. Protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Sociedad Española de patología Dual. Recuperado de: <http://www.patologiadual.es/docs.htm>.
- Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J., Gonzalvo, B.,...y Casas, M. (2013). Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 32:3, 263-273. Doi:10.1080/10550887.2013.824330.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19, 593-604.
- Rosen, T. J., y Shipley, R. H. (1983). A stage analysis of self-initiated smoking reductions. *Addictive Behaviors*, 8(3), 263-272.
- Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., Foote, J., Handelsman, L. y Stimmel, B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 207-218.
- Rosser, A. M., Cotter, M., Rabin, R., Selai, C. (1992). Index of health related quality of live. En: Hopkins, A. (Ed.). *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put*. London. Royal College of Physicians.
- Rosser, A. M. y King, P (1978). A scale of valuation of states of illness. Is there a social consensus. *International Journal of Epidemiology*, 7, 347-358.

- Rosser, A. M. y Watts, V. C. (1972). The measurement of hospital output. *International Journal of Epidemiology*, 1, 361-368.
- Rosser, A. M. y Watts, V. C. (1978). The measurement of illness. *Journal of the operational Research Society*, 29, 529-540.
- Rossi, J. S. (1992). *Common processes of change across nine problem behaviors*. Comunicación presentada a la 100 Annual Convention of the American Psychological Association, Washington.
- Rothman, A. y Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 3-19.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A., y Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48(1), 43-51.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Wilber, C. H., y Kleber, H. D. (1982). Pathways to opiate addiction: An evaluation of differing antecedents. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 141, 437-446.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. y Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal General Practice*, 55(513), 305-312.
- Ruíz, M. A. y Baca, D. (1993). Design and validation of the Quality of life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of psychological assessment*, 9: 19-36.
- Sacks, S. (2008). "Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Main outcomes." *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1): 48-60.
- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y. y Cleland, C. M. (2010). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: Single investigator meta-analysis. *Substance Abuse*, 31(3), 146.
- Sacks, J. Y., Sacks, S., Banks, S., y McKendrick, K. (2008). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 112-122. Doi:10.1016/j.jsat.2007.02.008
- Salazar, I. y Rodríguez, A. (1994). Conceptos básicos en drogodependencias. En E. Becoña (ed.), *Drogodependencias, I*. Introducción (pp. 21-55). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez-Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. *Papeles del psicólogo*, 87(25).
- Sánchez, L., Díaz, S., Grau, L., Moreno, A., Eiroa, F., Roncero, C.,...Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando

- terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23 (1), 107-113.
- Sánchez-Hervas, E., Molina, N., del Olmo, R., Tomas, V. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 31, 237-243.
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V. y Morales, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Información Psicológica*, 80, 51-59.
- Sánchez-Hervás, E.; Santonja Gómez, F., Secades Villa, R., García-Fernández, G., García-Rodríguez, O. y Zacarés Romaguera, F. (2012). Psychosocial Predictors of Relapse in Cocaine-Dependent Patients in Treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 748-755 ISSN 1138-7416. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38886
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja Gómez, J. F., Zacarés Romaguera, F., y García-Rodríguez, O. (2009). Addictive severity in cocaine addicts measured with the EuropASI: Differences between composite scores and severity ratings. *American Journal on Addictions*, 18(5), 375-378. Doi: 10.3109/10550490903077952.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santoja Gómez, J. F., Zacarés Romaguera, F. Z., García-Rodríguez, O., Yanez, E. M., . . . Fernández, G. G. (2010). Treatment dropout in cocaine addicts. *Adicciones*, 22(1), 59.
- Sanchez-Hervás, E., Tomás, V., Morales, E., Del Olmo, R. y Molina, N. (2002a). Características clínicas en tres grupos de dependientes a drogas. *Salud y Drogas*, 2(2), 27-40.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V., Molina, N., del Olmo, R. y Morales, E. (2002b). Procesos de cambio en conductas adictivas: influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones*, 14, 337-344.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V., Molina, N., del Olmo, R. y Morales, E. (2002c). Calidad de vida, psicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 4, 62-68.
- Sánchez-Hervás, E., Zacarés, F., Secades, R., García, O., Santoja, F y Fernández, J. (2008). Efectividad de un tratamiento psicológico para dependientes a cocaína en atención primaria. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 195-205.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.
- Sannibale, C., y Hall, W. (1998). An evaluation of Cloninger's typology of alcohol abuse. *Addiction*, 93, 1241-1249.
- Santonja, F., Sánchez-Hervás, E., Secades, R., Zacaes, F., García-Rodríguez, O., y García-Rodríguez, G. (2010). Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addictive Disorder and Their Treatment*, 9, 93-98. <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e3181bfff7ec>.

- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168. <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2009). Nuevos Baremos para la Adaptación Española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): Fiabilidad y Datos Normativos en Voluntarios de la Población General. *Cínica y Salud*, 20(2), 131-144.
- Saunders J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J.R. y Grant M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner, T. et al. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment. A Controlled Trial. *European Addiction Research*, 11, 163-171.
- Schwartz, B., Wetzler, S., Swanson, A., Sung, S. (2010) Subtyping of substance use disorders in a high-risk welfare-to-work sample: A latent class analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment* 38:66–374.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5ªed.) Nueva York: Plenum Medical Book company.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L. , Danko, G. P. ,Bucholz, K. K. , Reiche, T. y Bierut, L. (2001). Five-year clinical course associated with DSM-IV-TR alcohol abuse and dependence in a large group of men and women. *American Journal of Psychiatry*, 162, 350-360.
- Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H., Hannover, W., Hapke, U. y John, U. (2005). Stage of change transitions and processes of change, decisional balance, and self-efficacy in smokers: A transtheoretical model validation using longitudinal data. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 3-9. Doi:10.1037/0893-164X.19.1.3
- Scott, J., Gilvarry, E. y Farrell, M. (1998). Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Addictive Behaviors*, 23, 919-931.
- Secades, R., García, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*, 29, 51-57.
- Secades, R., García, O., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Secades, R., García, O., Higgins, S. T., Fernández, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
- Secades, R., Sánchez-Hervás, E., García-Fernández, G., Zacarés-Romaguera, F., y García-Rodríguez, O. (2009). El programa de reforzamiento comunitario (CRA)

- más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Norte De Salud Mental*, 34, 7-15.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974. Doi:10.1037/0003-066X.50.12.965.
- Shaner, A., Roberts, L. J., Eckman, T. A., Tucker, D. E., Tsuang, J. W., Wilkins, J. N. y Mintz, J. (1997). Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services*, 48, 807-810.
- Shiffman, S., Waters, A. J., y Hickcox, M. (2004). The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 327-348.
- Shoptaw, S., Rawson, R. A., McCann, M. J. y Obert, J. L. (1994). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment: Evidence of Efficacy. *Journal of Addictive Diseases*, 13, 129-141.
- Schumann, A., John, U., Rumpf, H., Hapke, U., y Meyer, C. (2006). Changes in the “stages of change” as outcome measures of a smoking cessation intervention: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 43(2), 101-106. Doi:10.1016/j.ypmed.2006.04.003
- Siegal, H.A., Fisher, J. H., Rapp, R. C., Wagner, J. H., Forney, M. A., Callejo, V. (1995). Presenting problems of substance abusers in treatment: implications for service delivery and attrition. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(1), 17-26.
- Siegel, S. (1983). Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. En Y. Israel, F. B. Glaser, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt y R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems*. Nueva York: Plenum Press.
- Silva, F. (1982). *Introducción al psicodiagnóstico*. Valencia: Promolibro.
- Silverman, K., Higgins, S.T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R. y Preston, K. L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (2001). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 14-23.
- Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L. y Bigelow, E.A. (2002). Reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: Three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228-240.
- Sirvent, C. (1994). *La mujer drogodependiente*. Madrid. Edición limitada para el Instituto de la Mujer y centros de documentación en drogodependencias.

- Skinner, M. D., Aubin, H. J., y Berlin I. (2004). Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addictive Behaviour*, 29(5), 973-978.
- Skinstad, A. H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64
- Smith, L. A, Gates, S. y Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005338-CD005338.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T. y Leo, G. I.(1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 217-224.
- Solomon, K. y Annis, H. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659-666.
- Solomon, J., Simberg, S. y Shollar, E. (1996). *Diagnóstico Dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Sonne, S. C. y Brady, K. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151, 876-881.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- SPSS 19.0. (2010). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Staines, G., McKendrick, K., Perlis, T., Sacks, S., De Leon, G. (1999). Sequential assignment and treatment-as-usual. Alternatives to standard experimental designs in field studies of treatment efficacy. *Eval Rev.*, 23(1), 47-76.
- Stead, L. F. y Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (CD001007). Disponible en DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2. [Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].
- Stein, M. D., Solomon D. A., Anderson, B. J., Herman, D. S., Anthony, J. L., Brown, R. A. et al. (2005). Persistence of Antidepressant Treatment Effects in a Pharmacotherapy Plus Psychotherapy Trial for Active Injection Drug Users. *American Journal on Addictions*, 14, 346-357.

- Stein, M. D., Solomon D. A., Herman, D. S., Anthony, J. L., Ramsey, S. E., Anderson, B. J. et al. (2004). Pharmacotherapy plus psychotherapy for treatment of depression in active injection drug users. *Archives of General Psychiatry*, 61, 152-159.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. y Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 896-908.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. y Curtin, L. (1994). Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 92-99.
- Stewart, J., de Wit, H. y Eikelboom, R. (1984). The role of unconditioned and conditioned drug effects in the self administration of opiates and stimulants. *Psychological Review*, 91, 251-268.
- Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (1982). Contingent reinforcement for reduced carbon monoxide levels in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 7, 403-412.
- Stitzer, M. L., Bigelow, G. E., Liebson, I. A., Hawthorne, J. W. (1982). Contingent reinforcement for benzodiazepine-free urines: Evaluation of a drug abuse treatment intervention. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 15, 493-503.
- Stogner, J. M., Eassey, J. M., Baldwin, J. M., y Miller, B. L. (2014). Innovative alcohol use: Assessing the prevalence of alcohol without liquid and other non-oral routes of alcohol administration. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 74-78. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.05.026.
- Suls, J. M., Luger, T. M., Curry, S. J., Mermelstein, R. J., Sporer, A. K., y An, L. C. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(6), 655-662. Doi:10.1016/j.amepre.2012.02.013.
- Sullivan, C. J., McKendrick, K., Sacks, S., y Banks, S. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with MICA disorders: Substance use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(6), 823-832. Doi: 10.1080/00952990701653800.
- Sutton, S. (1996). Can “stages of change” provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente’s model. En G. Edwards y C. Dare (Eds.), *Psychotherapy, psychological treatments and the addictions* (pp. 189-205). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sutton, S. (1996). Further support for the stages of change model?. *Addiction (Abingdon, England)*, 91(9), 1287-1289. Doi:10.1111/j.1360-0443.1996.tb03613.x.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96(1), 175-186. Doi:10.1046/j.1360-0443.2001.96117513.x.

- Sutton, S. (2005). Another nail in the coffin of the transtheoretical model? a comment on west (2005). *Addiction*, 100(8), 1043-1046. Disponible en doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01172.x.
- Svikis, D. S., Lee, J. H., Haug, N. A. y Stitzer, M. L. (1997). Attendance incentives for outpatient treatment: effects in methadone- and nonmethadonemaintained pregnant drug dependent women.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill1, K., Bayon, C., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195. Doi: 10.1034/j.1600- 0447.2002.02196.x.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M, Pazzaglia, P. J., Pham, M., y Moeller, F.G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders*, 6(3), 204-212. Doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00110.x.
- Szerman, N., Haro, G., Martinez-Raga, J. y Casas, M. (2011). Patología Dual. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (2º Ed.), *Manual de Trastornos adictivos* (pp. 113-120). Enfoque Editorial, S.C.
- Szerman Bolotner, N., Poyo Calvo, F., Mesías Pérez, B., Grupo de Investigación del Estudio Piloto sobre la Prevalencia de Patología Dual en la Comunidad de Madrid, Arias Horcajadas, F., Morant Ginestar, M. C., . . . Babín Vich, Francisco de Asís. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la comunidad de madrid. *Adicciones: Revista De Socidroalcohol*, 23(3), 249-255.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *Taks Force on promotion an dissemination of psychological procedures. A Report adopted by the APA Division 12 Board*, 1-17
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3 - 23.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 278-287.
- Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A. y Cooke, R. (2006). One year outcomes for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 28(2), 174-80.
- Tejero, A., Roca, S., Trujols, J. y Campins, M. J. (1993). *Estructura jerárquica en dos factors de los procesos de cambio de la adicción a opiáceos: Datos para la generalizabilidad del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente*, comunicación presentada al IV Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías, Valencia, noviembre.

- Tejero, A. y Trujols, J. (1988). El Inventario de Procesos de Cambio para Adictos a la Heroína (IPC-AH): datos preliminares de la aplicación del modelo de Prochaska y DiClemente a la evaluación del proceso de cambio en el tratamiento de la adicción a opiáceos. Póster presentado al Primer Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías, Barcelona.
- Tejero, A., Trujols, J. y Furió, E. (1993). *Estadios y procesos de cambio: Variables para un análisis transteórico del proceso de cambio en el Tratamiento de la adicción a opiáceos*. Comunicación presentada al II Congreso Nacional de Psicología Conductual, Mallorca, abril.
- Tejero, A., Trujols, J. y Hernández, E. (1990). *The process of change in heroin addicts: A preliminary report*. Póster presentado al XX European Congress on Behaviour Therapy, París.
- Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). *Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio*. Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Psicología Conductual. Mallorca.
- Tejero A, Trujols J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En Graña JL. (Ed.). *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*, 1-43. Madrid: Debate.
- Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Cocaína*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147-168.
- Tomasson, K., y Vaglum, P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics - a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 378-385.
- Torres, M. A. y Fernández, C. (2004). Validación española de maudslley y addiction profile (MAP). Adicciones. *Revista De Socidrogalcohol*, 16(4), 267-276.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Perez-Dominguez, G. y Martin-Santos, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.7.1231.
- Tucker, J. A., Vuchinick, R. E. y Gladsjo, J. A. (1994). Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 401-411.
- Uchtenhagen, A. y Zimmer-Höfner, D. (1987). Psychosocial development following therapeutic and legal interventions in opiate dependence. A Swiss national study. Special Issue: Juvenile Substance Use and Human Development: new perspectives in research and prevention. *European Journal of Psychiatry*, 2, 443-48.

- Valiante, G. (2000). Writing Self-efficacy and Gender Orientation. A developmental Perspective. A Dissertation Proposal. Atlanta: Emory University.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, W. (1990). Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en Drogodependientes. *Revista de Psicología*, 9, 52-59.
- Van den Brink, W. y Haasen, C. (2006). Evidenced-based treatment of opioiddependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 635-46.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Velasquez, M. M., Carbonari, J. P. y DiClemente, C. C. (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addictive Behaviors*, 24(4), 481-496. Doi: 10.1016/S0306-4603(98)00103-8.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Brandenburg, N. (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S. y Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.
- Velicer, W. F., Fava, J. L., Prochaska, J. O., Abrams, D. B., Emmons, K. M. y Pierce, J. P. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24(4), 401-411. Doi:10.1006/pmed.1995.106.
- Velicer, W. F., Hughes, S. L., Fava, J. L., Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1995). An empirical typology of subjects within stage of change. *Addictive Behaviors*, 20(3), 299-320. Doi: 10.1016/0306-4603(94)00069-B.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Bellis, J. M., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., Fava, J. S. y Steiger, J. H. (1993). An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 18, 269-290.
- Verheul, R., Van den Bosch, L., Koeter, M. W., Ridder, M. A., Stijnen, T. y Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Villa, R. S. y Hermida, J. R. F. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11(2), 279-291.
- Vocci, F. y Montoya, I. (2009). Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. United States. Doi:10.1097/YCO.0b013e32832a3b44.

- Wadsworth, D. D., y Hallam, J. S. (2007). The use of the processes of change across the exercise stages of change and across varying intensities and frequencies of exercise behavior. *American Journal of Health Promotion*, 21(5), 426.
- Waldron, H. B. y Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99(2), S93-S105.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W. y Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.
- Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current Opinion in Pharmacology*, 5, 9-19.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Wyner, D., Soto, J. A. y Hennen, J. A. (2000). Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 361-367.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C. et al. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 100-107.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G. y Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.
- Wells-Parker, E., Williams, M., Dill, P. y Kenne, D. (1998). Stages of change and self-efficacy for controlling drinking and driving: A psychometric analysis. *Addictive Behaviors*, 23, 351-363.
- West, R. (2000). Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies. *Addiction*, 95(8), 1276.
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96(1), 3-13. Doi:10.1046/j.1360-0443.2001.96131.x.
- Wexler, H. y De Leon, G. (1977). The therapeutic community: Multivariate prediction of retention. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 5, 145-151
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D. I. Wilner y G. G. Kassenbaum (Eds), *Narcotics*. New York: McGraw-Hill.
- Williams, S. H. (2005). Medications for treating alcohol dependence. *American Family Physician*, 72, 1775-1780.
- Windle M., Scheidt D. M. (2004). Alcoholic subtypes: are two sufficient?. *Addiction*, 99, 1508-1519.

- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J. E., Giel, R. y Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 46(6), 589-593. Doi:10.1001/archpsyc.1990.01810180089012.
- Wiseman, E. J., Williams, D. K. y McMillan, D. E. (2005). Effectiveness of payment for reduced carbon monoxide levels and noncontingent payments on smoking behaviors in cocaine-abusing outpatients wearing nicotine or placebo patches. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13, 102-110.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., y Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Greenfield, B. L. y Bowen, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2821-2824.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004), Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was sen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- Zlotnick, C., Clarke, J. G., Friedmann, P. D., Roberts, M. B., Sacks, S., y Melnick, G. (2008). Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. *Behavioral Science and the Law*, 26, 403-412.

Anexos

I. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN



C.T.D. EL ALBA
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Avenida de Francia, 4
45005-Toledo
Tfno.: 925 216 154
Fax: 925 216 250

DEPARTAMENTO DEL AREA PSICOLÓGICA

NOMBRE:.....

FECHA:.....

CONSENTIMIENTO

A lo largo del tratamiento que voy a recibir en este centro y, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad, acepto que los datos que se puedan derivar de dicho tratamiento sean utilizados para la investigación.

FIRMA:

INDICE EUROPEO DE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN (EUROPASI)

INSTRUCCIONES	ESCALAS DE GRAVEDAD	SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE																																																																																																														
<p>1. Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un sólo carácter por ítem</p> <p>2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento</p> <p>3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales</p>	<p>Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual</p>	<p>0. Ninguna 1. Leve 2. Moderado 3. Considerable 4. Extrema</p>																																																																																																														
<p>A. Nº de identific. </p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO: </p> <p>1. Desintoxicación ambulatoria 2. Desintoxicación hospitalaria 3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio 4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio 5. Tratamiento libre de drogas hospitalario 6. Centro de día 7. Hospital psiquiátrico 8. Otro hospital/servicio 9. Otro: 0. Sin tratamiento</p> <p>C. FECHA DE ADMISIÓN: </p> <p>D. FECHA DE LA ENTREVISTA: </p> <p>*E. Hora de inicio: </p> <p>*F. Hora de fin: </p> <p>G. TIPO: </p> <p>1. Ingreso 2. Seguimiento</p> <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO: </p> <p>1. Personal 2. Telefónico</p> <p>I. SEXO: </p> <p>1. Varón 2. Mujer</p> <p>J. CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: </p> <p>K. ESPECIAL: </p> <p>1. Paciente finalizó la entrevista 2. Paciente rehusó 3. Paciente incapaz de responder</p>	<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: </p> <p>1. Ciudad grande (> 100.000) 2. Mediana (10-100.000) 3. Pequeña (rural) (< 10.000)</p> <p>2. CÓDIGO DE LA CIUDAD: </p> <p>*3. Desde cuándo vive usted en esa dirección años meses</p> <p>*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? </p> <p>0 = No 1 = Sí</p> <p>5. EDAD </p> <p>6. NACIONALIDAD </p> <p>7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:</p> <p>Entrevistado </p> <p>Padre </p> <p>Madre </p> <p>8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? </p> <p>1. No 2. Cárcel 3. Tratamiento de alcohol o drogas 4. Tratamiento médico 5. Tratamiento psiquiátrico 6. Únicamente desintoxicación 7. Otro: </p> <p>9. ¿Cuántos días? </p>	<p style="text-align: center;">RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p style="text-align: center;">PERFIL DE GRAVEDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>PROBLEMAS</td><td>MÉDICO</td><td>EMPLEO/DEPORTES</td><td>ALCOHOL</td><td>DROGAS</td><td>LEGAL</td><td>FAMILIA/SOCIAL</td><td>PSICOLÓGICO</td><td></td><td></td></tr> </table>	9										8										7										6										5										4										3										2										1										0										PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO		
9																																																																																																																
8																																																																																																																
7																																																																																																																
6																																																																																																																
5																																																																																																																
4																																																																																																																
3																																																																																																																
2																																																																																																																
1																																																																																																																
0																																																																																																																
PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO																																																																																																									

SITUACIÓN MÉDICA		
<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<p>1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)</p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses</p> <p>3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?</p> <p>0. No 1. Sí 2. No lo sé 3. Rehusa contestar</p> <p>5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?</p> <p>0. No 1. Sí 2. No lo sé 3. Rehusa contestar</p>	<p>6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?</p> <p>7. ¿Cuál fue el último resultado del test?</p> <p>0. VIH-negativo 1. VIH-positivo 2. No lo sé 3. Rehusa contestar</p> <p>8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?</p> <p>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p>
<p>12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?</p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?</p> <p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?</p> <p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>15. ¿Imagen distorsionada del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>Comentarios</p>		
EMPLEO/SOPORTES		
<p>1. Años de educación básica:</p> <p>2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):</p> <p>3. Grado académico superior obtenido:</p> <p>4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular (ver el manual para definición)? años meses</p> <p>6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses</p> <p>7. Ocupación habitual (o última):</p> <p>(especificar detalladamente)</p> <p>8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años</p> <p>1. Tiempo completo 2. Tiempo parcial (horario regular) 3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal) 4. Estudiante 5. Servicio militar 6. Retirado/invalidez 7. Desempleado (incluir ama de casa) 8. En ambiente protegido</p>	<p>9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)</p> <p>¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?</p> <p>10. ¿Empleo?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>11. ¿Paro?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>12. ¿Ayuda social?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>13. ¿Pensión o seguridad social?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>14. ¿Compañeros, familiares o amigos?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>15. ¿Ilegal?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿Prostitución?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>17. ¿Otras fuentes?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17)</p> <p>19. ¿Tiene deudas?</p> <p>0. No 1. Sí (cantidad)</p>	<p>20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?</p> <p>21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes?</p> <p>PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?</p> <p>23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?</p> <p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?</p> <p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>Comentarios</p>

USO DE ALCOHOL Y DROGAS				
	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Último mes	Via admon.*
1. Alcohol: cualquier dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol: grandes cantidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benzodiacepinas/barbitúricos/ sedantes/hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Más de 1 sustancia/día (ítems 2 a 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.
**Via de administración: 1 = oral; 2 = nasal; 3 = fumada; 4 = inyección no IV; 5 = inyección IV.*

14. ¿Alguna vez se ha inyectado? ☐
 0. No 1. Sí

14A. Edad en que se inyectó por primera vez (años). ☐
 Se inyectó:
 - A lo largo de la vida (años) ☐
 - En los últimos 6 meses (meses) ☐
 - En los últimos meses (días) ☐

14B. Sí se inyectó en los últimos 6 meses: ☐
 1. No compartió jeringuilla
 2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
 3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido delirium trémens?: ☐
 Sobredosis por drogas: ☐

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desintoxicación residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tto. sustitutivo ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tto. libre de drogas residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Otro hospital/servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otro tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentemente como consecuencia de uno de estos tratamientos?
 Alcohol (meses) ☐
 Drogas (meses) ☐

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?
 Por favor utilice los códigos anteriores o: 00 = no problemas; 15 = alcohol y otras drogas (adicción doble); 16 = politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento? (meses) ☐
 (00 = nunca abstinentemente):

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia? (meses): ☐
 (00 = todavía abstinentemente)

21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en:
 Alcohol?: (euros) ☐
 Drogas?: (euros) ☐

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA]) ☐

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol? (días) ☐
 problemas con otras drogas? (días) ☐

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con el alcohol? ☐
 problemas con otras drogas? ☐

25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol? ☐
 con otras drogas? ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para: abuso de alcohol? ☐
 abuso de otras drogas? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐
 0. No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐
 0. No 1. Sí

Comentarios

SITUACIÓN LEGAL															
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>				<p>1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Está en libertad condicional? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="checkbox"/></p> <p>4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="checkbox"/></p> <p>6. Otros delitos? <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública? <input type="checkbox"/></p> <p>9. Prostitución? <input type="checkbox"/></p> <p>10. Conducir embriagado? <input type="checkbox"/></p> <p>11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="checkbox"/></p>				<p>12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses) <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel? (meses) <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Cuál fue la causa? (use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más grave) <input type="checkbox"/></p> <p>15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave) <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? (días) <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio? (días) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; padding: 10px 0;">PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles) <input type="checkbox"/></p>				<p>20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; padding: 10px 0;">ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; padding: 10px 0;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; padding: 10px 0;">Comentarios</p>			
HISTORIA FAMILIAR															
<p>¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?</p>															
Rama materna				Rama paterna				Hermanos							
	Alcohol	Drogas	Psq		Alcohol	Drogas	Psq		Alcohol	Drogas	Psq				
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente sí para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea no sé, y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.</p>															

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES																																																								
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>1. Estado civil: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Casado</p> <p>2. Casado en 2ª nupcias</p> <p>3. Viudo</p> <p>4. Separado</p> <p>5. Divorciado</p> <p>6. Soltero</p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>3. ¿Está satisfecho con esa situación? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Indiferente</p> <p>2. Sí</p> <p>4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años) <input type="checkbox"/></p> <p>1. Pareja e hijos</p> <p>2. Pareja</p> <p>3. Hijos</p> <p>4. Padres</p> <p>5. Familia</p> <p>6. Amigos</p> <p>7. Solo</p> <p>8. Medio protegido</p> <p>9. No estable</p> <p>5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p><i>(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)</i></p> <p>6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Indiferente</p> <p>2. Sí</p> <p>¿Vive con alguien que:</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? <input type="checkbox"/></p> <p>6B. Usa drogas psicoactivas? <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas</p> <p>4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas</p>	<p>8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Indiferente</p> <p>2. Sí</p> <p>9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? <input type="checkbox"/></p> <p>Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente sí para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea «no sé» y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.</p> <p>9A. ¿Diría usted que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Madre</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Padre</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Hermanos/hermanas</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Pareja sexual/esposo</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Hijos</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Amigos</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> </table> <p>Ha tenido periodos en que ha experimentado problemas serios con:</p> <p>0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; font-size: small;">Último mes</th> <th style="text-align: center; font-size: small;">A lo largo de la vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10. Madre</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>11. Padre</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>12. Hermanos/hermanas</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>13. Pareja sexual/esposo</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>14. Hijos</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>15. Otro familiar</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>16. Amigos íntimos</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>17. Vecinos</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>18. Compañeros de trabajo</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table> <p>¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de usted?</p> <p>0. No 1. Sí</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; font-size: small;">Último mes</th> <th style="text-align: center; font-size: small;">A lo largo de la vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	Madre	<input type="text"/>	Padre	<input type="text"/>	Hermanos/hermanas	<input type="text"/>	Pareja sexual/esposo	<input type="text"/>	Hijos	<input type="text"/>	Amigos	<input type="text"/>		Último mes	A lo largo de la vida	10. Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11. Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12. Hermanos/hermanas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13. Pareja sexual/esposo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14. Hijos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15. Otro familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16. Amigos íntimos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17. Vecinos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18. Compañeros de trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Último mes	A lo largo de la vida	18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios</p> <p>A. Con su familia? <input type="checkbox"/></p> <p>B. Con otra gente? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><i>(excluir familia)</i></p> <p style="text-align: center;">PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus</p> <p>20. Problemas familiares? <input type="checkbox"/></p> <p>21. Problemas sociales? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:</p> <p>22. Problemas familiares? <input type="checkbox"/></p> <p>23. Problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>
Madre	<input type="text"/>																																																							
Padre	<input type="text"/>																																																							
Hermanos/hermanas	<input type="text"/>																																																							
Pareja sexual/esposo	<input type="text"/>																																																							
Hijos	<input type="text"/>																																																							
Amigos	<input type="text"/>																																																							
	Último mes	A lo largo de la vida																																																						
10. Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
11. Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
12. Hermanos/hermanas	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
13. Pareja sexual/esposo	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
14. Hijos	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
15. Otro familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
16. Amigos íntimos	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
17. Vecinos	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
18. Compañeros de trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
	Último mes	A lo largo de la vida																																																						
18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																						

ESTADO PSIQUIÁTRICO			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="width: 65%;"> <p>1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?</p> <p>Tratamiento hospitalario: </p> <p>Tratamiento ambulatorio: </p> <p>2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? </p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):</p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;"> <i>Último mes</i> <i>A lo largo de la vida</i> </div> </div> <p>3. ¿Experimentó depresión severa? </p> <p>4. ¿Experimentó ansiedad o tensión severa? </p> <p>5. ¿Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? </p> <p>6. ¿Experimentó alucinaciones? </p> <p>7. ¿Experimentó problemas para controlar conductas violentas? </p> <p>8. ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? </p> <p>9. ¿Experimentó ideación suicida severa? </p> <p>10. ¿Realizó intentos suicidas? </p> <p>10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? </p> <p>11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales? </p> </div> </div>			
<p><i>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p>			
<p>12. ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? </p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos? </p>			
<p>LOS SIGUIENTES ÍTEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR</p>			
<p>Durante la entrevista, el paciente se presentaba:</p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p>			
<p>14. Francamente deprimido/retraído </p> <p>15. Francamente hostil </p> <p>16. Francamente ansioso/nervioso </p> <p>17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide </p> <p>18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo </p> <p>19. Con ideación suicida </p>			
<p style="text-align: right;">ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? </p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>21. ¿Imagen distorsionada del paciente? </p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p>22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? </p> <p style="margin-left: 20px;">0. No 1. Sí</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Comentarios</p>			

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

INSTRUCCIONES. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda un problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra *problema* se refiere a tu *problema con las drogas*.

	1. Totalmente en Desacuerdo	2. Bastante en Desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. Bastante de Acuerdo	5. Totalmente de Acuerdo
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar					
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera					
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando					
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema					
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo					
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo					
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo					
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene que ver conmigo					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo					
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar					
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar					
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo					
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema					
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando					
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él					
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema					

	1. Totalmente en Desacuerdo	2. Bastante en Desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. Bastante de Acuerdo	5. Totalmente de Acuerdo
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara					
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar					
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así					
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo					
25. Cualquier persona puede habar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema					
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto					
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema					
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa					

INVENTARIO DE PROCESOS DE CAMBIO (Tejero y Trujols, 1994)

(Modificado)*

Instrucciones: a continuación encontrarás una serie de comentarios referentes a conductas, pensamientos y sensaciones de algunos adictos y ex-adictos. Léelos atentamente e indica utilizando el número de la escala que encontrarás a continuación la frecuencia con que últimamente te ocurren cosas que en ellos se describen.

0 No es en absoluto mi caso; 1 Algunas veces es mi caso; 2 Bastantes veces es mi caso; 3 Muchas veces es mi caso

0	1	2	3	1.	Voy comprometiéndome a no tomar droga
0	1	2	3	2.	Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de ser drogodependiente
0	1	2	3	3.	Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo droga
0	1	2	3	4.	Ver a otros drogodependientes en pésimas condiciones me hace sentir mal
0	1	2	3	5.	Me siento a disgusto cuando pienso en mi problema con la droga
0	1	2	3	6.	Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si no tomase drogas
0	1	2	3	7.	Me viene a la cabeza el recuerdo de artículos de periódico o programas de televisión o radio que hablan sobre los problemas con los que un drogadicto se encuentra al dejar la droga
0	1	2	3	8.	A través de los medios de comunicación, conozco las campañas que se están llevando a cabo contra la droga
0	1	2	3	9.	Creo que los drogadictos podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como cualquier otra persona si dejamos nuestra adicción
0	1	2	3	10.	Pienso en la información que la gente me ha dado sobre los beneficios de dejar la droga
0	1	2	3	11.	Sé que cada vez más la gente piensa que ser drogadicto significa ser delincuente o un enfermo de Sida
0	1	2	3	12.	Quito de en medio cosas de mi casa que me provocan ganas de tomar droga
0	1	2	3	13.	Cuando tengo ganas de tomar droga realizo alguna actividad física para que desaparezcan
0	1	2	3	14.	Mi dependencia de la heroína me hace sentirme a disgusto conmigo mismo
0	1	2	3	15.	Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle mis experiencias con la droga
0	1	2	3	16.	Pienso en la información de artículos y anuncios del periódico o programas de televisión que hablan sobre como uno puede dejar de tomar drogas
0	1	2	3	17.	Creo que el que yo tome droga perjudica a las personas que me rodean
0	1	2	3	18.	Acostumbro a poner alrededor de los lugares en donde paso más horas (casa, habitación, trabajo, bar, etc.)
0	1	2	3	19.	El recordar que tomar drogas produce diversas enfermedades o problemas de salud, me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.)
0	1	2	3	20.	Evito ir a divertirme a lugares donde sé que van personas que consumen drogas
0	1	2	3	21.	Para no tomar drogas, me vuelvo por barrios en donde no puedo encontrarla
0	1	2	3	22.	Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como lo que soy, una persona, tanto si me drogo como si no me drogo
0	1	2	3	23.	Me digo a mí mismo que soy capaz de dejar la droga si así lo quiero
0	1	2	3	24.	Sé que los demás piensan que si tomo droga es porque soy una persona peligrosa y crea problemas, pero yo sé que no es cierto, y que quiero dejar la droga para demostrarlo
0	1	2	3	25.	Cada vez más la gente de mi ciudad es consciente del problema de las toxicomanías y se están movilizando para prevenirlas
0	1	2	3	26.	Creo que el tomar drogas afecta las relaciones que tengo con las demás personas
0	1	2	3	27.	Cuando estoy tentado de tomar droga, pienso en cualquier otra cosa que pueda distraerme
0	1	2	3	28.	Me digo a mí mismo que puedo escoger entre tomar droga y no tomarla
0	1	2	3	29.	Recuerdo la información que la gente me ha dado sobre cómo dejar la droga
0	1	2	3	30.	Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debo dejar de tomar droga
0	1	2	3	31.	Me felicito, me recompenso o me regalo a mí mismo cuando no tomo droga
0	1	2	3	32.	Cuando necesito relajarme para enfrentarme a mis tensiones o problemas, hago otras cosas en lugar de drogarme
0	1	2	3	33.	Evito encontrarme con amigos que sé que están tomando droga
0	1	2	3	34.	Me afecta emocionalmente (me siento tenso, preocupado, etc.) cuando me advierten de los problemas de relación (familiares, de pareja o de amistad) que supone el tomar droga
0	1	2	3	35.	Sé que alguien me felicitará o me recompensará si no tomo droga
0	1	2	3	36.	Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con la droga
0	1	2	3	37.	Me digo a mí mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin tomar droga
0	1	2	3	38.	Los consejos o advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud tomar droga me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.)
0	1	2	3	39.	Tengo alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la droga
0	1	2	3	40.	Existen algunas personas que cuando no tomo droga me recompensan o me felicitan

*Para todos los pacientes se utilizó el cuestionario original, aunque se empleó el término droga para referirse a la sustancia principal de consumo

CUESTIONARIO DE BALANCE DECISIONAL

Utilizando la escala que figura a continuación, indica en qué grado estás de acuerdo con lo que se describe en las siguientes líneas en referencia a tu drogadicción.

	No esto nada de acuerdo	Estoy algo de acuerdo	Estoy bastante de acuerdo	Estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
1.Tomar droga es algo placentero					
2.Después de no haber tomado droga durante algún tiempo, una dosis me hace sentir muy bien					
3.Me siento relajado y, por tanto, más a gusto después de tomar droga					
4.Me gusta la imagen de un drogadicto					
5.Mi consumo de droga puede afectar a las personas que me rodean					
6.Me sentiría con más energía ahora mismo si no tomara droga					
7.Si intento dejar de tomar droga probablemente estaré irritado y con dolores					
8.Personas cercanas a mí (mis padres, mi compañero/a, mis amigos/as, etc.) sufrirían si me pusiera enfermo debido a la droga					
9.Mi familia y mis amigos me prefieren cuando estoy tomando droga que cuando estoy intentando dejarlo					
10.Porque sigo tomando droga, algunas personas que conozco piensan que me falta carácter para dejarlo					
11.Tomar droga es peligroso para mi salud					
12.Estoy preocupado por tener que tomar droga					
13.Mi consumo de droga molesta a la gente de mi alrededor					
14.La gente piensa que estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros de la droga					
15.Me gusta más a mí mismo cuando tomo droga					
16.Tomar droga me ayuda a concentrarme y a hacer mejor mi trabajo					
17.Tomar droga alivia mis tensiones					
18.Personas cercanas a mí (mis padres, mi compañero/a, mis amigos/as, etc.) no están de acuerdo en que yo tome droga					
19.Estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros de la droga					
20.Continuando con el consumo de droga siento que estoy actuando de acuerdo con lo que yo he decidido					

AUTOEFICACIA (SES)

A continuación aparece una lista de situaciones que conducen a algunas personas a tomar droga. Señala el número que mejor refleje la tentación (columna de la izquierda) que sentirías y el grado de confianza (columna de la derecha) de no consumir que tendrías en cada una de estas situaciones.

nada	no mucha	moderada	mucha	extrema		nada	no mucha	moderada	mucha	extrema
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					1. Cuando me siento enfadado					
					2. Cuando me siento deprimido					
					3. Cuando veo a otros consumir droga					
					4. Cuando tengo deseos de consumir					
					5. Cuando me siento realmente bien					
					6. Cuando tengo la urgencia de tomar una dosis					
					7. Cuando estoy aburrido					
					8. Cuando estoy preocupado por algo					
					9. Cuando pienso que puedo sobrellevar mis problemas con la droga					
					10. Cuando quiero poner a prueba mi fuerza de voluntad					
					11. Cuando estoy celebrando una ocasión especial					
					12. Cuando me siento solo					
					13. Cuando tengo la necesidad física de consumir droga					
					14. Cuando las cosas me van realmente bien					
					15. Cuando otras personas me animan a tomar droga					
					16. Cuando veo anuncios sobre el consumo de drogas					
					17. Cuando tengo demasiado confianza en mi abstinencia					
					18. Cuando me ofrecen droga					
					19. Cuando paso por un lugar donde venden droga					
					20. Cuando estoy con amigos con los que solía consumir drogas					
					21. Cuando me siento muy optimista por cómo me van las cosas					
					22. Cuando estoy nervioso					
					23. Cuando estoy entretenido					
					24. Cuando voy a comprar droga					
					25. Cuando tengo muchas ganas de consumir					
					26. Cuando pienso que puedo consumir droga otra vez					
					27. Cuando estoy en una situación en la que solía consumir droga					
					28. Cuando estoy realmente feliz					
					29. Cuando quiero ponerme a prueba					
					30. Cuando ya es tarde y las ganas de consumir me sobrepasan					

CUESTIONARIO SOBRE EL DESEO DE CONSUMIR DROGAS (CDCD)

Las personas que tienen algún problema con la droga suelen tener deseos de consumirla. La intensidad de este deseo varía según la situación en la que se encuentre el individuo y el tiempo que haya pasado desde la última consumición.

A continuación, puede leer diferentes situaciones relacionadas con el consumo de drogas que podrían haberle pasado **durante el último mes de tratamiento**. Léalas detenidamente y marque con una X en la casilla correspondiente para indicar lo frecuente que eran en su caso.

Las alternativas de respuesta son NUNCA, POCO FRECUENTE, MUY FRECUENTE, SIEMPRE.

	NUNCA	POCO FRECUENTE	MUY FRECUENTE	SIEMPRE
1. Cualquier excusa es buena para consumir drogas				
2. Consumo drogas aún sabiendo que después me arrepentiré				
3. Los problemas cotidianos me parecen menos importantes cuando consumo drogas				
4. Hago casi cualquier cosa por un poco de droga				
5. Consumo drogas para estar contento, para coger el punto				
6. Interrumpo mis actividades cotidianas para consumir drogas				
7. Incluso cuando intento consumir poco, termino consumiendo mucho más				
8. Me siento menos nervioso en cuanto tengo droga en mis manos				
9. Consumo drogas aún sabiendo que después me encontraré fatal				
10. Consumir hace que las cosas me parezcan perfectas				
11. Puedo dejar de consumir drogas cuando me lo propongo				
12. Consumo drogas para relacionarme mejor con la gente				
13. Mi deseo de consumir drogas puede conmigo				
14. Me siento menos irritable si consumo un poco de droga				
15. No puedo dejar de consumir droga aunque sé que tendré problemas al volver a casa				
16. Consumir drogas hace que las cosas buenas de mi vida parezcan aún mejores				
17. Si me ofrecen un poco de droga soy incapaz de rechazarla				
18. Qué agradable resulta consumir drogas				
19. Puedo dejar de consumir drogas después consumir poca cantidad				
20. Empiezo a consumir drogas incluso después decidir no hacerlo				
21. Consumo drogas para alternar con los amigos				
22. Toda mi ansiedad desaparece completamente al consumir drogas				
23. He intentado no consumir drogas durante algún periodo de tiempo				
24. Al consumir drogas, pierdo interés por las cosas que para mí son realmente importantes				
25. Resulta difícil no consumir drogas ni un solo día				
26. Consumir drogas hace que las cosas malas de mi vida parezcan menos malas				
27. En ocasiones, empiezo a consumir drogas aún sabiendo que me causará problemas				
28. Incluso los principales problemas de mi vida no me preocupan si estoy consumiendo drogas				

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las frases. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: lea cada frase al paciente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plántela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	Ocasional-mente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Terminó lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo período de tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

CUESTIONARIO AQ

A continuación, encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léalas atentamente y decida si está de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodee con un círculo la alternativa que mejor crea que corresponde con su forma de pensar o sentir, siguiendo para ello esta escala:

1 completamente FALSO para mí	2 bastante FALSO para mí	3 ni VERDADERO ni FALSO para mí	4 bastante VERDADERO para mí	5 completamente VERDADERO para mí
---	--	--	--	---

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.....	1	2	3	4	5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.....	1	2	3	4	5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida.....	1	2	3	4	5
4. A veces soy bastante envidioso.....	1	2	3	4	5
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.....	1	2	3	4	5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente.....	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación.....	1	2	3	4	5
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.....	1	2	3	4	5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.....	1	2	3	4	5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.....	1	2	3	4	5
11. Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar.....	1	2	3	4	5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.....	1	2	3	4	5
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.....	1	2	3	4	5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	1	2	3	4	5
15. Soy una persona apacible.....	1	2	3	4	5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.....	1	2	3	4	5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.....	1	2	3	4	5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho.....	1	2	3	4	5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.....	1	2	3	4	5
20. Sé que mis amigos me critican a mis espaldas.....	1	2	3	4	5
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.....	1	2	3	4	5
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón.....	1	2	3	4	5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables.....	1	2	3	4	5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.....	1	2	3	4	5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio.....	1	2	3	4	5
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.....	1	2	3	4	5
27. He amenazado a gente que conozco.....	1	2	3	4	5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrá.....	1	2	3	4	5
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.....	1	2	3	4	5

INVENTARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE SINTOMAS DE PSICOPATOLOGÍA SCL-90-R

Seguidamente hay una lista de problemas y situaciones que la gente tiene en ocasiones. Por favor, léalas con cuidado y escoja uno de los números que describe mejor HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR ESTE PROBLEMA DURANTE LA SEMANA PASADA INCLUIDO HOY. Escoge solo un número por cada problema y no omite ninguna situación. Si cambia de opinión, borre su primera selección por completo antes de escoger la nueva. Lea el ejemplo antes de empezar y si tiene alguna pregunta por favor diríjalo al técnico.

Hasta qué punto se ha sentido afectado por:

0= Nada en absoluto

1= Un poco

2= Moderadamente

3= Bastante

4= Mucho o extremadamente

	0	1	2	3	4
1. Dolores de cabeza					
2. Nerviosismo o agitación interior.					
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.					
4. Sensaciones de desmayo o mareo.					
5. Pérdida de deseo o placer sexual.					
6. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente.					
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.					
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.					
9. La dificultad para recordar las cosas.					
10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.					
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.					
12. Dolores en el corazón o en el pecho.					
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.					
14. Sentirse bajo de energías o decaído.					
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.					
16. Oír voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores.					
18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.					
19. Falta de apetito.					
20. Llorar fácilmente.					
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.					
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.					
23. Tener miedo de repente y sin razón.					
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.					
25. Miedo a salir de casa solo.					
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.					
27. Dolores de cabeza en la parte baja de la espalda.					
28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.					
29. Sentirse solo.					
30. Sentirse triste.					
31. Preocuparse demasiado por las cosas.					
32. No sentir interés por las cosas.					
33. Sentirse temeroso.					
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.					
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.					
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.					
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.					
39. Que su corazón palpita o vaya muy deprisa.					
40. Nauseas o malestar en el estómago.					
41. Sentirse inferior a los demás.					
42. Dolores musculares.					
43. Sensación de que las otras personas lo miran o hablan de usted.					
44. Dificultad para conciliar el sueño.					
45. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace.					

	0	1	2	3	4
46. Encontrar difícil el tomar decisiones.					
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.					
48. Dificultad para respirar.					
49. Sentir calor o frío de repente.					
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.					
51. Que le quede la mente en blanco.					
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.					
53. Sentir un nudo en la garganta.					
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.					
55. Tener dificultades para concentrarse.					
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.					
57. Sentirse tenso o agitado.					
58. Pesadez en los miembros o en las piernas.					
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.					
60. El comer demasiado.					
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.					
62. Tener pensamientos que no son suyos.					
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.					
64. Despertarse de madrugada.					
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, cortar, etc.					
66. Sueño inquieto o perturbado.					
67. Tener ganas de romper algo.					
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.					
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas.					
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.					
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.					
72. Ataques de terror o pánico.					
73. Temor a comer o beber en sitios públicos.					
74. Tener discusiones frecuentes.					
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.					
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.					
77. Sentirse solo aunque esté con gente.					
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.					
79. La sensación de ser inútil o no valer nada.					
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Tener miedo de desmayarse en público.					
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.					
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.					
85. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.					
86. Pensamiento o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.					
87. La idea de que debe pagar por sus pecados.					
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie.					
89. Sentimientos de culpabilidad.					
90. La idea de que algo anda mal en su mente.					

0= Nada en absoluto 1= Un poco 2= Moderadamente 3= Bastante 4= Mucho o extremadamente

Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV Trastornos de Personalidad (SCID-II)

Instrucciones: Estas preguntas son de la clase de persona que generalmente es - esto es, cómo se ha sentido y comportado usualmente en los últimos años. Circule "SI" si la pregunta se aplica completamente o casi completamente a usted, o circule "NO" si la pregunta no se aplica a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de su respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o actividades que involucren el tratar con mucha gente?	NO	SI	PQ4
2.	¿Evita relacionarse con las personas a menos que esté seguro que les va a caer bien?	NO	SI	PQ5
3.	¿Se le dificulta "abrirse" aún con la gente cercana a usted?	NO	SI	PQ6
4.	¿Se preocupa con frecuencia de ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	PQ7
5.	¿Usualmente está callado cuando conoce a nuevas personas?	NO	SI	PQ8
6.	¿Cree que no es tan bueno, tan inteligente o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	PQ9
7.	¿Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas?	NO	SI	PQ10
8.	¿Necesita mucho el apoyo de otras personas para tomar alguna decisión cotidiana - como qué ponerse o que pedir en un restaurante?	NO	SI	PQ11
9.	¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes de su vida como finanzas, cuidado infantil, o arreglos de vivienda?	NO	SI	PQ12
10.	¿Se le dificulta no estar de acuerdo con las personas aunque sepa que ellos están equivocados?	NO	SI	PQ13
11.	¿Se le dificulta empezar o trabajar en tareas cuando no hay alguien que lo ayude?	NO	SI	PQ14
12.	¿Se ha ofrecido a hacer cosas que no le gusta hacer?	NO	SI	PQ15
13.	¿Se siente incómodo cuando está solo?	NO	SI	PQ16
14.	¿Cuando termina una relación cercana, de inmediato siente la necesidad de encontrar a alguien más que se haga cargo de usted?	NO	SI	PQ17
15.	¿Se preocupa demasiado por estar solo y cuidarse por sí mismo?	NO	SI	PQ18
16.	¿Es usted la clase de personas que se fija en los detalles, el orden y la organización o que le gusta hacer listas y horarios?	NO	SI	PQ19
17.	¿Se le dificulta terminar un trabajo porque pasa mucho tiempo tratando de que las cosas salgan correctamente?	NO	SI	PQ20
18.	¿Usted u otras personas piensan que es demasiado devoto al trabajo (o escuela y que no tiene tiempo para nadie más o para divertirse?	NO	SI	PQ21
19.	¿Tiene estándares muy rígidos de lo que es bueno y malo?	NO	SI	PQ22
20.	¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que en algún momento le pueden servir?	NO	SI	PQ23
21.	¿Se le dificulta que otras personas le ayuden a menos que estén de acuerdo en hacer las cosas como usted quiere?	NO	SI	PQ24
22.	¿Se le dificulta gastar el dinero en usted u otras personas aún cuando tenga suficiente dinero?	NO	SI	PQ25
23.	¿Con frecuencia está seguro de que usted está en lo correcto sin importar lo que los demás le digan?	NO	SI	PQ26
24.	¿Le han dicho que es muy tenaz o rígido?	NO	SI	PQ27
25.	¿Cuando alguien le pide que haga algo que no quiere hacer, dice que sí pero luego trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	NO	SI	PQ28
26.	¿Si no quiere hacer algo, con frecuencia se le "olvida" hacerlo?	NO	SI	PQ29
27.	¿Con frecuencia siente que los demás no lo entienden o no aprecian lo mucho que hace?	NO	SI	PQ30
28.	¿Con frecuencia es testarudo o le gusta discutir mucho?	NO	SI	PQ31
29.	¿Se ha percatado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros que supuestamente deben saber lo que hacen, en realidad no lo saben?	NO	SI	PQ32
30.	¿Con frecuencia piensa que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	PQ33
31.	¿Con frecuencia se queja de que la mayoría de las cosas malas le ocurren a usted?	NO	SI	PQ34
32.	¿Con frecuencia se rehusa a hacer lo que otros quieren y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	PQ35
33.	¿Con frecuencia se siente infeliz o piensa que la vida no es divertida?	NO	SI	PQ36
34.	¿Cree que es una persona inadecuada y con frecuencia no se siente cómodo con usted mismo?	NO	SI	PQ37

35.	¿Con frecuencia se siente decaído?	NO	SI	PQ38
36.	¿Piensa mucho en cosas malas que ocurrieron en el pasado o se preocupa de que ocurran cosas malas en el futuro?	NO	SI	PQ39
37.	¿Con frecuencia juzga duramente a otros y los encuentra culpables?	NO	SI	PQ40
38.	¿Piensa que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI	PQ41
39.	¿Espera casi siempre que las cosas le salgan mal?	NO	SI	PQ42
40.	¿Se siente culpable por cosas que ha o no hecho?	NO	SI	PQ43
41.	¿Con frecuencia se encuentra a la defensiva para que no lo usen o lastimen?	NO	SI	PQ44
42.	¿Pasa mucho tiempo pensando si puede confiar en sus amigos o en la gente con la que trabaja?	NO	SI	PQ45
43.	¿Se ha dado cuenta de que es mejor no dejar que las personas sepan mucho de usted porque pueden usarlo en su contra?	NO	SI	PQ46
44.	¿Con frecuencia detecta amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI	PQ47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o le toma mucho tiempo perdonar a las personas que lo han insultado o lastimado?	NO	SI	PQ48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI	PQ49
47.	¿Se enoja con frecuencia cuando alguien lo critica o lo insulta de alguna forma?	NO	SI	PQ50
48.	¿Con frecuencia sospecha que su pareja le ha sido infiel?	NO	SI	PQ51
49.	¿Cuando está en público y ve a dos personas platicar, con frecuencia siente que están hablando de usted?	NO	SI	PQ52
50.	¿Con frecuencia siente que las cosas que no tienen un significado especial para la mayoría de las personas, en realidad buscan enviarle a usted un mensaje especial?	NO	SI	PQ53
51.	¿Cuando está con gente, con frecuencia siente que lo están observando o espiando?	NO	SI	PQ54
52.	¿Alguna vez ha sentido que puede hacer que las cosas sucedan solo con desearlo o pensar en ello?	NO	SI	PQ55
53.	¿Alguna vez ha tenido experiencias sobrenaturales?	NO	SI	PQ56
54.	¿Cree que tiene un “sexto sentido” que le permite saber y predecir lo que otros no pueden?	NO	SI	PQ57
55.	¿Con frecuencia parece que los objetos o sombras son personas o animales reales o que los sonidos son voces de personas?	NO	SI	PQ58
56.	¿Alguna vez ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza está a su alrededor, aunque no pueda ver a nadie?	NO	SI	PQ59
57.	¿Con frecuencia ve auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	PQ60
58.	¿Hay personas realmente cercanas a usted además de su familia?	NO	SI	PQ61
59.	¿Con frecuencia se siente nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI	PQ62
60.	¿Realmente no le es importante el tener relaciones estrechas?	NO	SI	PQ63
61.	¿Prefiera hacer las cosas solo que en compañía de alguien?	NO	SI	PQ64
62.	¿Estaría contento sin haber estado involucrado sexualmente con alguien?	NO	SI	PQ65
63.	¿Realmente son pocas las cosas que le dan placer?	NO	SI	PQ66
64.	¿No le importa lo que la gente piense de usted?	NO	SI	PQ67
65.	¿Se ha dado cuenta que nada lo hace feliz o lo pone triste?	NO	SI	PQ68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI	PQ69
67.	¿Le gusta coquetear demasiado?	NO	SI	PQ70
68.	¿Con frecuencia se encuentra “hostigando” a las personas?	NO	SI	PQ71
69.	¿Trata de llamar la atención por la forma en como viste y se ve?	NO	SI	PQ72
70.	¿Con frecuencia es dramático y exagerado?	NO	SI	PQ73
71.	¿Cambia su forma de pensar acerca de las cosas dependiendo de con quien esté o por lo que ha leído o visto en televisión?	NO	SI	PQ74
72.	¿Tiene muchos amigos cercanos?	NO	SI	PQ75
73.	¿Con frecuencia menosprecia sus talentos o logros?	NO	SI	PQ76
74.	¿La gente le ha dicho que tiene una opinión muy elevada de sí mismo?	NO	SI	PQ77
75.	¿Piensa mucho en el poder, fama o reconocimiento que tendrá algún día?	NO	SI	PQ78
76.	¿Piensa mucho en el romance perfecto que tendrá algún día?	NO	SI	PQ79
77.	¿Cuando tiene algún problema, casi siempre insiste en ver a la persona que tiene el nivel más alto?	NO	SI	PQ80
78.	¿Siente que es importante pasar tiempo con las personas que son especiales o con influencias?	NO	SI	PQ81
79.	¿Es muy importante que las personas le pongan atención o lo admiren de alguna forma?	NO	SI	PQ82

80.	¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando se atraviesan en su camino?	NO	SI	PQ83
81.	¿Siente que usted es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI	PQ84
82.	¿Piensa que es necesario aplastar a algunas personas para conseguir lo que se desea?	NO	SI	PQ85
83.	¿Con frecuencia antepone sus necesidades a las necesidades de otros?	NO	SI	PQ86
84.	¿Con frecuencia espera que los demás hagan lo que les pide sin preguntar nada, solo por ser usted?	NO	SI	PQ87
85.	¿En realidad no está interesado en los problemas o sentimientos de los demás?	NO	SI	PQ88
86.	¿La gente se ha quejado de que no los escucha o no se preocupa por ellos?	NO	SI	PQ89
87.	¿Con frecuencia envidia a otros?	NO	SI	PQ90
88.	¿Siente que los demás le tienen envidia?	NO	SI	PQ91
89.	¿Se ha dado cuenta que en realidad existen pocas personas por las que vale la pena su tiempo y atención?	NO	SI	PQ92
90.	¿Se ha puesto frenético porque pensaba que alguien que le importaba lo iba a dejar?	NO	SI	PQ93
91.	¿Sus relaciones con las personas que le interesan tienen muchos altibajos?	NO	SI	PQ94
92.	¿Ha cambiado repentinamente el sentido de quién es o dónde está?	NO	SI	PQ95
93.	¿El sentido de quién es con frecuencia cambia dramáticamente?	NO	SI	PQ96
94.	¿Se comporta de forma distinta con distintas personas o en diferentes situaciones, por lo que en ocasiones ya no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	PQ97
95.	¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas?	NO	SI	PQ98
96.	¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente?	NO	SI	PQ99
97.	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o a amenazado con hacerlo?	NO	SI	PQ100
98.	¿Alguna vez se ha cortado o quemado a propósito?	NO	SI	PQ101
99.	¿Tiene muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	PQ102
100.	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro?	NO	SI	PQ103
101.	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja tanto que pierde el control?	NO	SI	PQ104
102.	¿Ha golpeado gente o arrojado cosas cuando está enojado?	NO	SI	PQ105
103.	¿Incluso las cosas pequeñas lo hacen enojar demasiado?	NO	SI	PQ106
104.	¿Cuando está bajo mucho estrés, sospecha de las demás personas o se siente sin espacio?	NO	SI	PQ107
105.	¿Antes de que tuviera 15 años, amenazaba a otros niños?	NO	SI	PQ108
106.	¿Antes de que tuviera 15 años, iniciaba peleas?	NO	SI	PQ109
107.	¿Antes de que tuviera 15 años, lastimó o amenazó a alguien con un arma, como un bate, ladrillo, una botella rota, cuchillo o pistola?	NO	SI	PQ110
108.	¿Antes de que tuviera 15 años, deliberadamente torturó a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	PQ111
109.	¿Antes de que tuviera 15 años, torturó o lastimó a algún animal a propósito?	NO	SI	PQ112
110.	¿Antes de que tuviera 15 años, le robó o arrebató a alguien algo por medio de amenazas?	NO	SI	PQ113
111.	¿Antes de que tuviera 15 años, forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a que se desnudara enfrente de usted o que lo tocara sexualmente?	NO	SI	PQ114
112.	¿Antes de que tuviera 15 años, provocó algún incendio?	NO	SI	PQ115
113.	¿Antes de que tuviera 15 años, destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	PQ116
114.	¿Antes de que tuviera 15 años, irrumpió en alguna casa, edificio o carro?	NO	SI	PQ117
115.	¿Antes de que tuviera 15 años, mentía demasiado o engañaba a las personas?	NO	SI	PQ118
116.	¿Antes de que tuviera 15 años, en ocasiones robaba cosas o falsificaba la firma de alguien?	NO	SI	PQ119
117.	¿Antes de que tuviera 15 años, huyó de su casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	PQ120
118.	¿Antes de que tuviera 13 años, con frecuencia se quedaba fuera de casa hasta tarde, mucho más tarde de lo que supuestamente debía?	NO	SI	PQ121
119.	¿Antes de que tuviera 13 años, faltaba mucho a la escuela?	NO	SI	PQ122

II. FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN

En el presente estudio, el coeficiente de fiabilidad *alpha* en cada una de las escalas y subescalas pertenecientes a los cuestionarios, se presentan en la siguiente tabla:

Cuestionario	Escalas y subescalas	<i>Alpha</i>
AQ	Agresión física	0,87
	Agresión verbal	0,66
	Irascibilidad	0,74
	Hostilidad	0,55
Autoeficacia percibida	Tentación	0,94
	Confianza	0,94
	Total	0,80
Balance decisional	Pros	0,72
	Contras	0,57
Deseo de consumir drogas	Total	0,90
Impulsividad Barratt	Cognitiva	0,61
	No planeada	0,62
	Motora	0,67
	Total	0,74
Procesos de cambio	Cognitivo-emocionales	0,73
	Conductuales	0,72

Cuestionario	Escalas y subescalas	<i>Alpha</i>
URICA	Precontemplación	0,50
	Contemplación	0,70
	Actuación	0,78
	Mantenimiento	0,74
SCID II	Evitación	0,66
	Dependencia	0,52
	Obsesivo-compulsivo	0,42
	Pasivo-agresivo	0,58
	Depresivo	0,54
	Paranoide	0,58
	Esquizotípico	0,74
	Esquizoide	0,50
	Histriónico	0,55
	Narcisista	0,70
	Límite	0,77
	Antisocial	0,87

Cuestionario	Escalas y subescalas	<i>Alpha</i>
SCL90	Somatización	0,87
	Obsesión-compulsión	0,86
	Sensibilidad interpersonal	0,84
	Depresión	0,88
	Ansiedad	0,88
	Hostilidad	0,82
	Ansiedad fóbica	0,79
	Ideación paranoide	0,66
	Psicoticismo	0,84
	GSI	0,97

III.PROTOCOLO DE INGRESO EN C.T.D. EL ALBA



C.T.D. EL ALBA
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Avenida de Francia, 4
45005-Toledo
Tfno.: 925 216 154
Fax: 925 216 250

CONSENTIMIENTO PARA EL INGRESO Y TRATAMIENTO EN EL C.T.D. “EL ALBA”

Al Equipo Terapéutico y Dirección del C.T.D. “EL ALBA”:

D/D^acon DNI N^a....., vecino de que viene a este centro, en calidad de paciente:

CONSIENTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE en el ingreso en el Centro de Tratamiento a Drogodependientes C.T.D. “EL ALBA”, Centro Sanitario Público dependiente de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, propuesto para la realización de un PROGRAMA DE DESHABITUACION DE SUTANCIAS ADICTIVAS así como a la realización de las pruebas médicas complementarias necesarias para el diagnóstico e intervención que como consecuencia del tratamiento puedan derivarse.

He sido informado y se me ha facilitado copia de la Normativa del Centro, aceptando dicha normativa en mi proceso de tratamiento.

En caso de incidencia grave en mi tratamiento, el Equipo Técnico y la Dirección del C.T.D. “EL ALBA” podrán avisar a mi familia y/o persona de referencia.

Me reservo mi derecho a la negativa expresa ante un determinado procedimiento, sometiéndome en este caso a las consecuencias médicas y/o legales correspondientes. En este sentido soy conocedor/a de que en caso de urgencia que no permita demora pueden realizarme las actuaciones médicas necesarias (exploraciones, transfusiones, tratamientos, anestesias, operaciones quirúrgicas,...) sin mi consentimiento expreso previo a su realización.

En Toledo, a..... de.....de 2015.

Fdo.

Testigo:
Parentesco
Firma:



C.T.D. EL ALBA
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Avenida de Francia, 4
45005-Toledo
Tfno.: 925 216 154
Fax: 925 216 250

CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL

D./D^a. **con**
D.N.I. **en calidad de (1)**
De D/D^a. **con**
D.N.I......

AUTORIZO su ingreso y tratamiento, en régimen de internamiento, adecuado a su adicción en el Centro Sanitario Público, perteneciente a la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, Centro de Tratamiento a Drogodependientes C.T.D. “EL ALBA” de Toledo.

Así como a la realización de las pruebas médicas complementarias necesarias para el diagnóstico y tratamiento y/o intervención que como consecuencia de la enfermedad puedan derivarse.

He sido informado/a y se me ha facilitado copia de la normativa del Centro y acepto dicha normativa para el proceso de tratamiento de mi representado/a legalmente.

Me reservo mi negativa expresa ante un determinado procedimiento, sometiéndome en este caso a las consecuencias médicas y/o legales correspondientes. En este sentido soy conocedor/a de que en caso de urgencia, que no permita demora, pueden realizarse las actuaciones médicas (exploraciones, transfusiones, tratamiento, anestesias, operaciones quirúrgicas,...) para el/la paciente sin mi consentimiento expreso previo a su realización.

Y para que coste a los efectos oportunos se firma en

Toledo a..... de..... de 2015.

Fdo.....

(1) Representante legal
Tutor/a
Curador/a

PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO C.T.D. EL ALBA

1. DATOS PERSONALES

Nº Historia :
Fecha de ingreso :
Nombre y apellidos :
D.N.I :
Fecha nacimiento :
Domicilio :
Persona de referencia :
Recurso de referencia/derivación :

2. VALORACIÓN INICIAL (al mes aproximadamente)

(INTEGRAL AUNQUE DEBEN FIGURAR ASPECTOS DE TODAS LAS AREAS)

2.1 HISTORIA CLÍNICA

DIAGNOSTICOS				
Eje	Código	Ingreso	Código	Alta
I				
II				
III				
IV				
V (EEAG)				

-Edad de comienzo de la enfermedad:

-Años de tratamiento en Salud Mental:

-Síntomatología presente/actual:

-Evolución de los síntomas en el tiempo:

-Historia de riesgo/ideación-intención suicida:

-Historia de abuso/ maltrato (emocional, físico o sexual):

-Conciencia de enfermedad propia:

-Conciencia de enfermedad de la familia:

-Antecedentes médicos:

Tratamiento médico/farmacológico					
P. Activo/N. Comercial	DE	CO	CE	AD	Observaciones

-Actitud ante el tratamiento médico/farmacológico:

2.2 HISTORIA DE CONSUMO

Sustancia	Inicio (edad)	A lo largo de la vida (años de consumo)	Último mes	Al ingreso (abst..)	Vía admón(*).
Alcohol					
Alcohol: grandes cantidades o frecuentes					
Heroína					
Metadona					
Opiáceos/analgésicos					
Benzodiacepinas/sedantes/barbitúricos/hipnóticos					
Cocaína					
Anfetaminas					
Cannabis					
Alucinógenos					
Inhalantes					
Otros (juego)					
Más de una sustancia al día (ítems 2 a 12)					

(*)Va. Admón.: 1=oral, 2=nasal, 3=fumada, 4=inyección no IV, 5=inyección IV

- Sustancia principal de consumo:

- Sustancia secundaria de consumo:

- Recursos consumidos y/o tratamientos recibidos drogodependencias/enfermedad mental (desintoxicación hospitalaria, comunidad terapéutica, centro de día, USM, UHB, UCA, etc):

- Tras estos recursos, tiempo máximo de abstinencia:

- Motivación al tratamiento:

2.3 HISTORIA FAMILIAR

Genograma familiar

Familia adquirida

Relaciones con los miembros del núcleo familiar	
Madre	
Padre	
Hermanos/hermanas	
Pareja estable	
Hijos	
Amigos íntimos	

-Familiares con problemas de drogodependencias o enfermedades mentales (rama materna, paterna y/o hermanos:

-Estado civil actual:

-Datos de interés sobre la vivienda/convivencia actual (en el último año):

2.4 SITUACIÓN ECONÓMICA

2.5 SITUACIÓN JUDICIAL (pasada, actual y pendiente)

2.6 SITUACIÓN SOCIAL

(relaciones de amistad, ocio y tiempo libre, iniciativa/acceso recursos)

2.7 SITUACIÓN FORMATIVA-LABORAL

(nivel educativo, orientación formativa-laboral, etc.)

2.8 ESTILO DE VIDA/HÁBITOS (Actividades de la vida diaria, instrumentales y avanzadas)

3. PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO

1. Necesidades (problemas) detectadas

2. Objetivos estratégicos

3. Objetivos operativos



C.T.D. EL ALBA
 Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
 Avenida de Francia, 4
 45005-Toledo
 Tfno.: 925 216 154
 Fax: 925 216 250

INFORME DE ALTA DEL C.T.D. EL ALBA

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos :
 D.N.I. :
 Fecha de Nacimiento :
 Domicilio actual :
 Fecha de ingreso :
 Fecha de alta :
 Tipo de alta :
 Recurso de referencia/derivación :

DIAGNÓSTICO AL ALTA:

Eje	Código	Diagnóstico
I		
II		
III		
IV		
V-EEAG		

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

SITUACIÓN JUDICIAL ACTUAL:

NECESIDADES DETECTADAS EN EL TRATAMIENTO:

OBJETIVOS PLANTEADOS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

INCIDENCIAS DURANTE EL TRATAMIENTO Y OTROS DATOS A TENER EN CUENTA:

Toledo, a..... de.....de 2015.

EQUIPO TECNICO DEL C.T.D. EL ALBA

HORARIO DE ACTIVIDADES C.T.D. EL ALBA

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
7:45-8:15	LEVANTARSE						
8:30	DESAYUNO						
9:00-10:00	TAREAS DE LIMPIEZA Y ASEO						
10:00-11:00	DEPORTE/ MEDIO AMBIENTE	DESARROLLO EMOCIONAL	DEPORTE/ MEDIO AMBIENTE	DEPORTE GRUPAL	GRUPO COMUNITARIO	ASAMBLEA	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO
11:00-11:45	ALMUERZO						
11:45-12:45	GRUPO COMUNITARIO	GRUPO COMUNITARIO	GRUPO COMUNITARIO	GRUPO COMUNITARIO	LIBRE	ACTIVIDADES CULTURALES Y DE OCIO	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO
13:00-14:00	GESTIÓN DE TAREAS	AULA EDUCATIVA	TALLER DE COMPRAS	PSICOEDUCACIÓN	LIBRE	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO
14:00-16:45	COMIDA Y DESCANSO						
15:00-16:45	DESCANSO						
17:00-18:00	PSICOTERAPIA gr.1 / AULA SALUD gr. 2	PREVENCIÓN DE RECAIDAS	PSICODRAMA	MOTIVACIÓN AL CAMBIO	VIDEOFORUM	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO
18:00-18:30	MERIENDA						
19:00-20:00	GRUPO MASCULINO/ FEMENINO	AULA EDUCATIVA	PSICODRAMA	AULA EDUCATIVA	VIDEOFORUM	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO	ACTIVIDADES CULTURALES/OCIO
20:00-21:00	ATENCIÓNES INDIVIDUALES/REPARTO DE TABACO	PSICOTERAPIA gr.2 / AULA SALUD gr. 1	PSICOTERAPIA gr.2 / AULA SALUD gr. 1	ATENCIÓNES INDIVIDUALES/REPARTO DE TABACO			
21:10	CENA						
12:00	HORA DE ACOSTARSE						

